Marcel NATIER

Chef du service
e, Otologique et Laryngologique
a Policlinique de Paris

Hommage de l'Auteur

69, Rue de l'Université

YPES MUQUEUX DES FOSSES NASALES

(Chez les Enfants jusqu'à l'âge de 15 ans)

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

—

1891

OLYPES MUQUEUX DES FOSSES NASALES

(Chez les Enfants jusqu'à l'âge de 15 ans)

DU MÊME AUTEUR

A. **Adénome du voile du palais.** (*Revue mensuelle de laryngologie,* nº 11, 1887, 14 pages.)

B. **Contribution à l'étude du mutisme hystérique.** (In-8º de 59 pages. Paris, O. Doin, éditeur, 1888.)

C. **Fièvre des Foins, pathogénie et traitement.** (*Thèse de doctorat*, gr. in-8º de 160 pages. Paris, O. Doin, éditeur, 1889).

D. **Leçons sur les maladies du larynx,** par le Dr E. J. Moure [recueillies et rédigées par le Dr M. Natier.] (Gr. in-8º de 600 pages. Paris, O. Doin, éditeur, 1890.)

E. **Gommes syphilitiques des amygdales.** (Gr. in-8º de 48 pages. Paris, O. Doin, éditeur, 1891.)

LYPES MUQUEUX DES FOSSES NASALES

(Chez les Enfants jusqu'à l'âge de 15 ans)

PAR LE

Docteur Marcel NATIER

Chef du service
Rhinologique, Otologique et Laryngologique
à la Policlinique de Paris

Extrait des *Annales de la Policlinique de Paris*

Nos 7, 8 et 9 1891

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, place de l'Odéon, 8

—

1891

POLYPES MUQUEUX
DES FOSSES NASALES
chez les Enfants jusqu'à l'âge de quinze ans

Par le Dr Marcel NATIER
Chef du Service rhinologique, otologique et laryngologique
de la Policlinique de Paris

I

L'idée première de ce travail m'a été inspirée par une communication de mon confrère et ami, M. le docteur Le Roy, à la *Société médicale du VIIe Arrondissement*, dont nous sommes l'un et l'autre membres. Cette communication avait trait à « un cas de polype muqueux congénital de la fosse nasale gauche chez un nouveau-né » ; cas dont on lira plus loin la relation détaillée. Dans la discussion qui s'engagea au sujet de ce fait intéressant, aucun des médecins présents ne put signaler d'exemple analogue et même, pour beaucoup, c'était une révélation que d'apprendre que les nouveau-nés pussent être atteints de polypes muqueux des fosses nasales. Ayant à ma connaissance un fait du genre rapporté par M. F. Cardone, je pus en fournir le résumé et je fis remarquer que s'il n'avait pas la priorité absolue, notre confrère M. Le Roy, avait au moins le très grand mérite d'avoir, en France, signalé le premier cas de polype congénital des fosses nasales.

Désirant éclairer plus amplement ma religion sur ce point particulier de la pathologie du nez, j'ai depuis entrepris des recherches minutieuses capables de me fixer complètement à cet égard. Or, j'ai pu me convaincre en parcourant les différents traités, les monographies et les

articles divers publiés sur la matière, soit en France, soit à l'étranger, que les deux cas auxquels je viens de faire allusion étaient les seuls relatés dans toute la littérature médicale. Mais en même temps, une autre particularité m'a également frappé, c'est l'accord parfait des auteurs touchant la rareté excessive des polypes muqueux du nez avant l'âge de quinze ans. C'est alors que j'ai cherché à réunir dans une étude unique, les cas de polypes muqueux congénitaux et les autres cas de polypes muqueux qui ont été relatés chez les enfants jusqu'à l'âge de quinze ans. Grâce aux faits inédits qui m'ont été obligeamment communiqués par mon confrère M. le Dr Moure et par son chef de clinique M. le Dr Grossard, lequel a bien voulu se donner la peine de compulser les registres de la clinique si riche de faits de son maître, j'ai pu rassembler un total de trente-un cas.

Il est une remarque que je tiens à faire tout de suite : j'ai rangé au nombre des polypes muqueux plusieurs cas dans lesquels l'analyse microscopique des néoplasmes n'a pas été faite. Parmi eux doivent être en particulier comptés les faits que m'a transmis M. Moure. Je pense cependant qu'on ne voudra pas me faire la guerre à ce propos, car la compétence clinique des auteurs cités, pourrait dans une certaine mesure, me servir d'argument de défense. Que si, néanmoins on persistait à refuser la qualité de muqueux aux néoplasmes que je mentionne, j'aime à croire qu'on voudrait tout au moins les considérer comme bénins en tenant compte de leur non récidive, après une observation le plus souvent longtemps prolongée.

II

Historique. — Quand on consulte les auteurs qui ont écrit sur la question des polypes des fosses nasales on est tout surpris du religieux silence qu'ils observent à l'égard des enfants. C'est en vain, en effet, que dans nos traités on chercherait la trace de ces néoplasmes chez les enfants. Sans parler des livres déjà vieux, quoique parus à une

époque assez peu éloignée, et pour ne citer que ceux qui sont « au courant de la question et mis à point », il serait absolument inutile de consulter soit le Traité de Pathologie externe de Follin et Duplay, soit le Manuel de pathologie externe de MM. Reclus, Kirmisson, Peyrot et Bouilly, soit les autres manuels ou traités élémentaires qui sont absolument muets. Dans le dernier volume tout récemment paru du traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. S. Duplay et P. Reclus, à l'article « Polypes muqueux » dû à M. Gérard Marchant, on trouve comme étiologie que ces néoplasmes « se rencontrent surtout dans l'âge adulte et plus souvent chez l'homme que chez la femme ». C'est exactement ce qu'avançait dans son Manuel des Maladies des fosses nasales, paru en 1886, M. Moure : « Les polypes muqueux, disait-il, paraissent être plus fréquents chez l'homme que chez la femme, et contrairement aux polypes fibreux, ils se développent de préférence dans l'âge adulte. » A cela seulement, se résume à peu près tout ce que nous apprennent les auteurs français.

Il ne faut pas croire cependant qu'à cet égard, les éléments d'instruction soient beaucoup plus abondants dans la littérature étrangère. M. Morell-Mackenzie, en effet, dans son *Traité pratique des maladies du nez*, nous enseigne que sur 200 cas qu'il a observés, la plus jeune de ses malades était une fille de 16 ans et que le plus jeune garçon avait 17 ans. Beverley-Robinson dans son « *Practical Treatise on nasal catarrh and allied diseases* » signale une observation chez un enfant de trois ans. Lennox-Browne est le seul auteur pour qui les polypes du nez puissent survenir presque à tout âge « may occur at almost any age » ; il a, dit-il, opéré des malades depuis l'âge de sept ans jusqu'à l'âge de quatre-vingts ans, mais il ne cite aucune observation particulière. F. H. Bosworth dit qu'il est rare de trouver des polypes muqueux du nez avant l'âge de quinze ans. C'est également ce que professe J. B. Ball. Quant à Spencer Watson, aussi bien dans la seconde que dans la première édition de son manuel, il ne donne aucun détail à ce sujet ; Carl Michel fait simplement allusion à deux cas dans son livre : *Die Krank-*

heiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes.

Fraenkel dit qu'on observe les polypes du nez plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes, entre la puberté et l'âge de 40 ans. Maximilian Bresgen, dans son livre, ne mentionne aucunement les polypes du nez chez les enfants, pas plus du reste que Voltolini. P. Schech se borne à dire qu'on trouve extraordinaire, étant donnée la grande fréquence du catarrhe nasal dans l'enfance, que les polypes du nez ne soient pas observés plus souvent, avant l'âge de quinze ans ; mais il a soin d'ajouter que cette opinion, émise par la majeure partie des auteurs, est tenue pour douteuse par Hopmann, qui s'appuie pour la combattre sur de nombreuses observations.

Je tenais beaucoup à citer les auteurs dont je viens de rappeler les noms, et c'est en m'appuyant sur leurs ouvrages que j'ai là entre les mains, que j'ai avancé ce que je viens de dire, car ces noms font autorité dans l'espèce et leurs travaux peuvent être, à juste titre, considérés comme les plus exacts et les plus complets relativement à la question qui nous occupe. Il est donc aisé de se convaincre qu'il n'a été dit que fort peu de chose sur les polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants.

Morell-Mackenzie, prétend que les exemples d'enfants plus jeunes que ceux qu'il a mentionnés (16 et 17 ans) sont, pour la plupart, des cas où il s'agissait de tumeurs malignes et fibreuses. Cependant Mason paraît avoir rapporté un cas authentique de polype muqueux et F. Semon, le traducteur de M. Mackenzie, dans la version allemande qu'il donna du livre de l'auteur anglais, signalait en 1884 un cas de polype du nez chez un enfant de douze ans. Mais déjà, auparavant, quelques autres exemples avaient été mentionnés ; c'est ainsi que parmi les faits que nous avons pu recueillir, il convient de rappeler une observation de polype fibro-muqueux des arrière-fosses nasales, due à Duménil et relatée dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris.*

Fletcher Ingalls a publié un cas observé chez un enfant de 13 ans et qu'il relate, dit-il, à cause de l'intérêt particulier qu'il offre comme contribution à l'étude des

polypes muqueux du nez, étant donné l'âge de la malade.

Le cas de Beverley-Robinson se rapportait à un enfant de trois ans et cet auteur est heureux de le mentionner vu l'excessive rareté des polypes du nez à cet âge.

L'article le plus important qui ait été jusqu'ici consacré aux polypes du nez chez les enfants est celui qu'a publié Hopmann en 1885 : *Sur la fréquence relative des polypes du nez chez les enfants*. L'auteur allemand ne relate pas moins de neuf observations très détaillées, et, partant d'un intérêt considérable.

Bond a également mentionné deux cas observés chez des jeunes filles, et dont il a fourni le dessin que nous reproduisons plus loin.

Enfin, les observations qui m'ont été communiquées par mes confrères : les Drs Le Roy, Moure et Grossard et celles de Cardone, Krakauer, Heymann et E. Kurz, constituent tout l'ensemble des faits que j'ai pu recueillir.

III

FRÉQUENCE. — Quel degré de fréquence convient-il d'accorder aux polypes du nez chez les enfants ? L'opinion générale des auteurs est, que les néoplasmes de ce genre, sont excessivement rares dans les premières années de l'existence. En effet, nous voyons Fletcher Ingalls dire à propos du cas qu'il mentionne, que les polypes du nez sont très rares chez les enfants âgés de moins de seize ans, et Lefferts qui analyse l'observation dans l'« *International Centralblatt für Laryngologie,* etc., » insiste aussi et pour la même raison, sur son intérêt. M. Morell Mackenzie, ai-je déjà avancé, fournit une statistique de 200 cas parmi lesquels 2 seulement sont relatifs : l'un à une jeune fille de 16 ans et l'autre à un jeune homme de 17 ans. L'auteur anglais, dans un tableau qu'il a dressé et où sont indiqués l'âge et le sexe des malades en même temps que l'époque probable du début de leur affection, signale seulement 9 hommes et 7 femmes âgés de 16 à 20 ans. Or, si l'on veut bien considérer que M. Mo-

rell Mackenzie prétend avoir apporté le plus grand soin à s'enquérir, autant que possible, de l'époque exacte à laquelle avait pu débuter l'affection, on comprendra tout ce que ces remarques peuvent avoir d'intéressant.

Semon est également d'avis qu'il est très rare d'observer des polypes des fosses nasales chez les enfants avant l'âge de 16 ans ; nous avons cependant vu qu'il en avait pu signaler un cas. Nous avons déjà fait connaître aussi l'opinon de Schech relativement au même sujet, et on a pu remarquer, d'après les citations que nous avons données, que la généralité des auteurs considèrent les polypes du nez chez les enfants comme très rares.

Cette opinion n'est cependant pas tout à fait unanime. En effet, nous avons vu plus haut que, d'après Lennox-Browne, les polypes des fosses nasales pouvaient survenir à tout âge, mais en même temps, nous avons eu soin de faire remarquer que cet auteur ne signalait aucun cas particulier. Bien plus démonstrative est l'affirmation de Hopmann (de Cologne) qui, on peut le dire, est venu renverser complètement les idées professées avant lui. L'auteur allemand, en effet, estime que c'est à tort qu'on a cru jusqu'ici à l'excessive rareté des polypes du nez chez les enfants, et cette opinion mérite d'autant mieux confirmation, qu'elle émane d'un homme très autorisé et s'appuie sur des faits certains. Hopmann dit être convaincu qu'on verra, tout comme pour les végétations adénoïdes, diminuer la rareté relative des polypes du nez chez les enfants, quand on aura pris l'habitude aussi bien dans le public que chez les médecins, de prêter au catarrhe nasal des enfants une attention sérieuse. Si l'on examine ensuite soigneusement les fosses nasales, on pourra constater qu'il est assez fréquent de voir s'y développer des polypes.

Hopmann rapporte 8 cas de polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants ; or, ces 8 cas ont été pris sur un ensemble de 246 malades, c'est-à-dire que d'après la statistique de cet auteur, la proportion serait d'environ 3 à 4 °/₀. Bien plus, ce chiffre pourrait encore s'accroître si l'on voulait tenir compte de certaines remarques faites par lui. En effet, il a cru, par scrupule,

devoir excepter de sa statistique, le cas d'une jeune fille âgée de 11 ans, qui présentait un ozène scrofuleux très manifeste avec perte de substance de la cloison et atrophie des cornets. Or, sur les bords de la perte de substance, on remarquait appendus, plusieurs polypes d'une longueur de 1 c. 1/2 environ ; comme aspect, ils ressemblaient en partie à de l'hypertrophie polypoïde, en partie à des papillomes. C'est parce qu'il considérait ces néoplasmes comme dûs à un processus inflammatoire, qu'il a négligé de mentionner le cas. De même, ajoute-t-il, il aurait peut-être pu ranger dans la même catégorie, 7 autres malades âgés de 15 à 19 ans et qui, sûrement, devaient avoir leurs polypes avant l'âge de 15 ans, en particulier une jeune fille de 15 ans qui avait une hypertrophie lisse et polypoïde de l'extrémité postérieure des deux cornets, concomitamment à des tumeurs adénoïdes de la voûte du pharynx. Deux jeunes gens de 16 ans, avaient des papillomes des cornets inférieurs ; l'un d'eux n'en avait que du côté droit, mais très développés et l'autre quelques-uns des deux côtés. Trois jeunes gens de 17 ans présentaient des deux côtés de multiples et très gros polypes muqueux et enfin une jeune fille de 19 ans avait de gros et nombreux papillomes des deux cornets inférieurs.

En tenant compte de ces chiffres, que nous avons exactement cités d'après Hopmann, on est forcé d'admettre avec lui que le nombre des malades atteints de polypes du nez au-dessous de quinze ans s'élèverait à 7 °/₀ ; c'est-à-dire un chiffre qui mérite une très sérieuse considération. Du reste, comme le nombre des enfants âgés de moins de 15 ans qu'il a eus à soigner pour des polypes du nez, atteint déjà la proportion de 3 à 4 °/₀, on ne saurait plus, dit-il, considérer cette affection comme rare.

En présence de ces deux avis, que faut-il penser ? Eh bien, nous formulerons notre opinion particulière d'après ce qu'il nous a été donné de voir, et aussi d'après les communications qui nous ont été faites. Depuis un an qu'a été ouvert le Service des maladies du nez, des oreilles et du larynx à la *Policlinique de Paris*, le nombre des malades qui sont venus nous demander des consultations

s'élève, à l'heure actuelle, à 1.200 ; or, chacun de ces malades a été examiné soit par moi, soit par mes élèves avec un soin scrupuleux ; il n'en est pas un seul dont les fosses nasales n'aient été minutieusement visitées et sur cet ensemble il ne nous a pas été donné, une seule fois, de trouver des enfants atteints de polypes des fosses nasales (1). Cependant, la population enfantine que nous soignons est relativement nombreuse, puisqu'à notre établissement est annexé un dispensaire d'enfants. En outre, mon ami le Dr Grossard a bien voulu, sur mon instance, faire le relevé annuel des malades qui se sont présentés depuis sa fondation (1880), à la clinique si importante que dirige à Bordeaux M. le Dr Moure et sur un total s'élevant à ce jour à 10.520 malades, il n'a pu relever que cinq observations de polypes des fosses nasales chez les enfants. M. Moure lui-même a eu, à ma prière, la gracieuse obligeance, ce dont je ne saurais trop le remercier, de compulser les notes relatives aux malades de sa clientèle privée et il n'a pu me transmettre que trois observations. Il a même ajouté : « C'est tout ce que j'ai trouvé, j'ai pu en oublier, c'est possible, mais dans tous les cas, même avec ces derniers, je n'en aurais pas 10 *en tout* au-dessous de 12 ans. » Maintenant, si l'on admet que M. Moure exerce à Bordeaux depuis plus de dix années, que, pendant tout ce temps, il a été seul spécialiste pour toute une région que sa juste renommée a faite sa tributaire presque exclusive relativement aux maladies du nez, on comprendra toute la valeur des chiffres qu'il a consentis à me transmettre.

En fin de compte, et pour me résumer, je puis dire ceci : deux opinions règnent quant à la fréquence des polypes du nez chez les enfants. La première et la plus ancienne, d'ailleurs encore presque généralement admise, considère ces néoplasmes comme très rares chez les enfants et la seconde professée par Lennox-Browne et sur-

(1) Cette affirmation exacte quand j'écrivais ces lignes, ne l'est plus maintenant. Tout récemment en effet, je viens d'avoir l'occasion d'examiner une jeune fille âgée de 21 ans, qui m'a été adressée par un confrère pour des polypes du nez. Or, cette malade, dont l'observation sera publiée ailleurs, m'a dit avoir eu un premier polype à l'âge de 14 ans.

tout Hopmann tend à établir que cette rareté est purement relative. Les faits que moi-même ai pu contrôler et ceux qui m'ont été transmis par M. Moure m'obligent à me ranger à l'avis des auteurs de la première catégorie. Que par la suite la rareté des polypes du nez chez les enfants vienne à diminuer, les examens étant plus nombreux et plus soigneusement faits, je n'y contredis pas ; mais, quant à présent, je crois qu'il faut considérer ces néoplasmes comme peu fréquents, malgré l'opinion de Hopmann qui, après tout, aurait pu tomber sur une série heureuse ou observer dans un climat et dans des conditions toutes particulières, car il serait impossible autrement, d'expliquer la grande fréquence qu'il accuse et dont on ne saurait douter, étant donnée, je le répète, l'autorité dont il jouit.

IV

Etiologie. — On est bien loin d'être fixé sur l'étiologie des polypes des fosses nasales et on peut dire qu'à ce point de vue, les auteurs, jusqu'ici, au lieu d'assertions, s'en sont tenus à de simples conjectures. Nous allons résumer les opinions à cet égard et on verra qu'il reste encore beaucoup à faire pour dégager la véritable étiologie de ce genre de néoplasmes.

α) *Age*.—Déjà nous avons appris qu'à quelques exceptions près, les auteurs n'admettaient généralement pas l'existence des polypes du nez avant l'âge de 15 à 16 ans, encore même regardent-ils comme très rares ceux qui apparaîtraient à ce moment. Leur plus grande fréquence, pensent-ils, serait entre 20 et 30 ans. Seul Lennox-Browne prétend qu'on pourrait les voir survenir à n'importe quelle époque de l'existence. L'objet de ce travail a précisément pour but de montrer que si l'opinion unanimement reçue est vraie en général, elle n'est cependant pas radicalement exacte. En effet, les observations que j'ai pu réunir, et dont l'ensemble atteint une trentaine, sont une preuve suffisante qu'au-dessous de quinze ans, il est possible de rencontrer chez les enfants des polypes

des fosses nasales. Je ne veux pas donner, ce qui serait fastidieux, l'âge trouvé par chaque auteur chez les malades qu'il a eu l'occasion d'examiner, mais voici un tableau synoptique qui pourra servir à l'édification du lecteur :

Tableau A

Polypes muqueux des fosses nasales :

Congénitaux	2
De 0 à 5 ans	3
De 5 à 10 ans	10
De 10 à 15 ans	16

Ces chiffres, comme le font remarquer quelques-uns de ceux qui ont rapporté les observations que nous citons plus loin, n'ont qu'une valeur purement relative. Souvent, en effet, en s'enquérant auprès des parents, il était possible, quand ils avaient soigneusement examiné les troubles dont étaient atteints leurs enfants, d'arriver à établir que l'affection qui les avait occasionnés remontait à une époque assez éloignée. Ce qui revient à dire que très probablement par une enquête minutieuse, on aurait pu trouver une quantité plus grande des polypes qui nous occupent. Néanmoins, et en considérant le tableau que nous venons de dresser, on peut remarquer que la fréquence s'accroît à mesure que les enfants acquièrent de l'âge. En effet, tandis que nous n'avons pu trouver que deux cas de polypes congénitaux, et 3 chez des enfants jusqu'à l'âge de 5 ans, soit 5 cas en tout jusqu'à cinq ans, nous en trouvons 10, au contraire, de 5 à 10 ans et dans la 3e période quinquennale, nous voyons ce chiffre s'élever jusqu'à 16 ; c'est-à-dire que la proportion augmente d'un tiers tous les cinq ans. Nous croyons inutile d'insister, les chiffres nous paraissant suffisamment démonstratifs, et cela malgré l'objection qui pourrait nous être faite, à savoir qu'on trouve chez les enfants plus âgés des polypes en plus grand nombre parce qu'ils se soumettent plus vite et plus aisément à l'examen.

β) *Sexe.* — Au cours de nos recherches nous avons pu remarquer que seul Erichsen admettait que les polypes

muqueux des fosses nasales s'observaient plus communément chez les femmes que chez les hommes. Beverley Robinson avance bien que ces néoplasmes peuvent être aussi fréquents dans l'un que dans l'autre sexe; cependant cet auteur croit bon d'admettre que les hommes présenteraient une plus grande prédisposition que les femmes. En général, on s'accorde à trouver que les polypes du nez sont bien plus communs dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Ainsi, M. Morell-Mackenzie a trouvé que sur 200 cas, 123 fois les hommes étaient porteurs de néoplasmes, tandis qu'on n'en observait que 77 fois chez les femmes. Sur 124 cas, Bosworth a rencontré 78 hommes et 46 femmes. Hopmann, dans une statistique relative à 248 cas, a trouvé 167 hommes et 81 femmes.

Les observations que j'ai pu recueillir sont absolument confirmatives de la manière de voir généralement admise. En effet, sur 31 cas, j'ai trouvé :

Tableau B

Garçons..................	23
Filles.....................	6
Indéterminés.............	2

Maintenant si l'on compare entre elles ces différentes statistiques, on peut dire que chez les hommes, la proportion des polypes du nez se trouve supérieure à celle des néoplasmes de même genre chez les femmes :

1° Pour	Morell-Mackenzie	de 1 1/2	fois	environ
2° —	Bosworth	de 1 3/4	—	—
3° —	Hopmann	de 1	—	—

4° Enfin, pour nous, et en mettant au compte des filles, les 2 cas indéterminés, nous trouvons que les polypes du nez sont trois fois plus fréquents chez les garçons que chez les filles.

En présence de cette prédisposition plus grande du sexe masculin, il paraît tout à fait juste, à l'exemple de quelques auteurs, de supposer que les irritations extérieures auxquelles les hommes sont bien plus exposés que les

femmes doivent avoir sur l'apparition des polypes une certaine influence nocive.

γ) *Hérédité.* — On ne paraît guère avoir recherché le rôle que pourrait bien jouer l'hérédité dans la production des polypes du nez. Peut-être chez les sujets en très bas âge aurait-on pu trouver d'utiles indications sur la possibilité d'une relation de cause à effet, mais rien ne nous indique que des tentatives en ce sens aient été faites. Nous croyons du reste, que l'hérédité n'a qu'une influence négative dans la question qui nous occupe ; cependant, ceux qui pourraient y trouver quelque intérêt, apprendront avec plaisir qu'il a été observé des cas de polypes muqueux du nez chez des personnes dont les ascendants avaient été porteurs de néoplasmes du même genre. Ainsi, Heymann rapporte le fait curieux suivant : un individu chez lequel il a eu l'occasion de trouver des polypes muqueux des fosses nasales, était père de quatre enfants qui avaient chacun des polypes ; l'un d'eux était marié et avait six fils, dont trois étaient à leur tour porteurs de polypes. Bosworth dit avoir constaté quelque chose d'analogue ; en effet, il lui est arrivé d'avoir à traiter deux frères atteints de polypes des fosses nasales ; une sœur avait un myxo-fibrome et le fils de l'un d'eux possédait un fibrome.

A ces deux exemples, j'en ajouterai un troisième tiré de ma pratique privée. Il s'agit d'une dame de vingt-six ans, que je soigne actuellement et qui est venue me consulter tout récemment pour une otite moyenne double et chronique. En l'interrogeant, je m'aperçus qu'elle parlait légèrement du nez et comme je lui demandais si elle éprouvait quelque trouble de ce côté, elle fut presque surprise de ma question. Néanmoins, selon mon habitude, avant de passer à l'examen des oreilles, je commençai par explorer les fosses nasales et je trouvai à la partie postérieure du cornet moyen droit un polype muqueux du volume d'une amande dont l'extirpation fut des plus faciles. Or, la mère de cette dame, dans la visite qui suivit, m'apprit que son mari avait eu autrefois des polypes du nez, et qu'on lui en avait enlevé cinq

vers l'âge de quarante ans. Elle ajouta qu'à sa connaissance, il n'existait aucun autre cas analogue ni chez les collatéraux, ni chez les descendants.

Je ne prétends pas accorder à ces faits une valeur plus grande que celles qu'ils ont réellement et, selon toute probabilité, il convient de ne voir là qu'une simple coïncidence à la vérité très intéressante ; cependant, de tels exemples me paraissent dignes d'être notés et, s'ils devenaient plus nombreux, peut-être, alors, mériteraient-ils autre chose qu'une simple mention.

δ) *Traumatismes.* — Gerdy attribuait une certaine influence aux traumatismes exercés sur les parties, mais outre que l'efficacité de cette cause est loin d'être démontrée, nous ne voyons pas trop comment pourrait être déterminée son action dans les cas de polypes congénitaux en particulier. Cependant Wagner a admis que dans tous les cas de polypes muqueux du nez trouvés chez des sujets plus jeunes que ceux chez lesquels on a l'habitude de les rencontrer, il existait dans les fosses nasales des corps étrangers qui avaient été la cause productrice. Van Meekren a bien cité un cas de polype du nez où le noyau du néoplasme était formé par un éclat de bois, mais cet exemple est lui-même trop douteux pour qu'on puisse songer à en faire la base d'une démonstration.

ε) *Inflammations chroniques.* — On a prétendu qu'une des principales causes déterminantes de la production des polypes du nez, était l'inflammation chronique de la membrane de Schneider. Tous les auteurs l'invoquent sans réussir du reste à bien démontrer son mode d'action. Bosworth, dans son livre, essaie d'une interprétation qui est tout au moins vraisemblable si elle n'est pas scientifiquement établie. La voici telle qu'elle est fournie par cet auteur : « Je suis disposé à admettre, dit-il, que la meilleure explication sur le développement de ces tumeurs, réside dans ce fait que la muqueuse qui recouvre le cornet moyen est très molle, de consistance délicate, et se trouve activement impressionnée dans la fonction respiratoire du nez, à savoir l'exosmose séreuse ; alors cette transsu-

dation séreuse a pour résultat de saturer la muqueuse et de l'imprégner d'eau au point de provoquer le développement de cet état myxomateux particulier....... Cette opinion est exclusivement basée sur ce que l'on voit fréquemment apparaître des polypes des fosses nasales dans les cas curieux d'écoulement aqueux abondant de la pituitaire et que l'on désigne sous le nom d'hydrorrhée nasale. Quand la maladie a persisté pendant un certain temps, on voit se développer des polypes types sur la muqueuse qui recouvre le bord inférieur du cornet moyen. Peu à peu en se développant et sous l'action de la pesanteur à laquelle ils sont soumis en même temps que sous l'influence des tiraillements qui leur sont imprimés par le fait de se moucher et aussi par le courant d'air inspiratoire et expiratoire ils descendent lentement, se remplissent de sérum, étirent la muqueuse sur laquelle ils prennent leur point d'implantation et finalement forment une tumeur pédiculée. »

Billroth, dans un travail paru en 1854, expliquait autrement la formation des polypes ; d'après lui, tous débutaient par un adénome dont quelques conduits s'obstruaient pendant le développement, après quoi le tissu glandulaire dégénérait en myxome.

Cette opinion a été combattue par Hopmann qui, à l'appui de sa thèse, a apporté des arguments dont nous parlerons dans un chapitre ultérieur. Il a trouvé que les larges mailles du tissu réticulaire, en partie ovalaires, en partie rhomboïdales avaient leur grand diamètre dirigé du pédicule vers la périphérie de la tumeur, c'est-à-dire dans la même direction que les vaisseaux. Il en induit que la quantité de sérum est liée à l'hypertension des capillaires, que celle-ci soit du reste due à un développement moindre des vaisseaux efférents ou bien à un obstacle quelconque au retour du sang veineux. Plus on s'approche de la périphérie et de l'extrémité du polype moins le reticulum est perfectionné, ce qui s'explique par la quantité plus grande de sérum accumulée en ces points. Ceci revient à dire, que le développement des polypes pourrait, d'après Hopmann, s'expliquer par des désordres du côté des vaisseaux efférents de la muqueuse pituitaire.

Hopmann ayant encore trouvé que les végétations adénoïdes étaient fréquemment associées aux cas de polypes qu'il a pu rencontrer, a cru voir, dans cette association, une certaine relation de cause à effet. Les végétations, en effet, se développent dans les premiers mois de la vie et souvent même sont congénitales ; très fréquemment elles se compliquent de rhinite générale, laquelle, par degrés, en arrive souvent à un écoulement séreux ou muco-purulent, c'est-à-dire que sur ce terrain les polypes muqueux peuvent se développer à l'aise.

On a dit encore que l'existence fréquente d'une déviation de la cloison pouvait être invoquée à l'appui de la thèse qui admet les inflammations chroniques comme causes de la production des polypes. En effet, cette déviation déterminerait elle-même de l'inflammation comme elle occasionne fréquemment de la rhinite hypertrophique.

Mais il ne faudrait pas croire que la rhinite catarrhale soit admise par tous les auteurs comme cause des polypes du nez. M. Morell Mackenzie dit que seule, elle ne pourrait pas les produire et que, pour le démontrer, il suffit de ce fait que le catarrhe est beaucoup plus fréquent chez les enfants que chez les adultes tandis que les polypes muqueux sont rares avant seize ans. Moldenhauer invoque les mêmes arguments et ajoute qu'on rencontre les polypes du nez en des points où l'inflammation est en général le plus rare. D'autre part, c'est justement au niveau du cornet inférieur, le plus souvent atteint de catarrhe qu'il n'existe pas de polypes. D'après ces auteurs, il conviendrait de considérer le catarrhe des fosses nasales, non comme la cause, mais bien plutôt comme la conséquence des polypes du nez.

Telles sont les deux opinions en présence, relativement à l'influence de l'état catarrhal de la muqueuse pituitaire sur la production des polypes du nez. Comme c'est au fond la cause principale invoquée par les auteurs, je ne voudrais pas me borner à une simple mention et je vais essayer de chercher à montrer ce qu'elle peut avoir de fondé.

Je m'empresse de dire qu'à mon avis, non seulement

elle ne doit pas être rejetée, mais encore qu'elle doit être prise en sérieuse considération, surtout au point de vue particulier où je me suis placé : les polypes du nez chez les enfants. En effet, on sait qu'au début de l'existence, les fosses nasales sont purement rudimentaires ; d'autre part, la muqueuse qui les tapisse n'a encore contracté avec le squelette osseux sous-jacent que de bien faibles adhérences ; les vaisseaux sont en outre excessivement nombreux. Que dans ces conditions, sous l'influence d'un obstacle à la circulation tel que : végétations adénoïdes du naso-pharynx (Hopmann) ; déviation de la cloison (Bosworth), ou même du seul fait de l'étroitesse congénitale des fosses nasales, la muqueuse devienne le siège d'un état catarrhal très prononcé, — lequel du reste peut être encore provoqué par les nombreuses causes capables de le déterminer dans l'enfance, — dans ces conditions, dis-je, on pourra voir survenir les troubles circulatoires signalés par Hopmann et cette muqueuse, comme le fait remarquer Bosworth sera particulièrement apte à dégénérer en tissu polypoïde. Quant à l'argument, invoqué par Moldenhauer, à savoir qu'il serait singulier de voir le cornet inférieur épargné, alors que c'est particulièrement lui qui est atteint dans le catarrhe des fosses nasales, je déclare m'en embarrasser fort peu. Si l'auteur allemand, avait bien voulu se donner la peine d'y réfléchir, il aurait aisément compris que cette immunité, le cornet inférieur la doit à sa situation propre. M. Moldenhauer lui-même admet, en effet, que dans les cas de rhinite hypertrophique, les phénomènes sont surtout marqués au niveau du cornet inférieur, tandis qu'ils sont en général moins sensibles au niveau des autres cornets qui parfois même deviennent tout à fait indemnes. Le processus il est vrai, s'arrête d'ordinaire à la simple hypertrophie qui peut être plus ou moins prononcée, mais il y a une raison à cela et cette raison est la suivante. En général à l'aise dans son développement, le cornet inférieur augmente dans toutes ses dimensions ; il peut s'étendre en bas dans le méat inférieur du côté du plancher, en dedans du côté de la cloison, en dehors du côté de la paroi externe ; il éprouve la même aisance

vers le méat moyen. De plus, grâce aux larges dimensions des fosses nasales à ce niveau, l'hypertrophie n'est pas soumise à tous les tiraillements qu'elle subit plus haut, et enfin, dernier argument, la pesanteur exerce sur elle une action bien moindre puisque bientôt le rebord du cornet peut venir reposer sur le plancher. Tout autres sont les conditions pour le cornet moyen ; d'abord, toujours ou à peu près toujours, par sa face interne, il vient au contact de la cloison ; c'est déjà là une première raison pour laquelle les troubles circulatoires peuvent à la fois y être et plus aisés et plus fréquents. En second lieu, quand il s'est développé à son niveau une hypertrophie polypoïde, celle-ci, ne trouvant qu'un espace relativement restreint pour s'agrandir, a de la tendance à descendre du côté du plancher ; elle est du reste favorisée dans cette direction par l'action de la pesanteur qui s'exerce ici d'une façon bien plus efficace qu'au niveau du cornet inférieur. Je n'insisterai pas plus longuement, ces raisons me paraissant suffisantes pour expliquer la présence des polypes au niveau du cornet moyen, plutôt que sur le cornet inférieur.

Je signalerai simplement le rôle que certains auteurs ont voulu faire jouer à la syphilis, à la strume et autres affections diathésiques. Il me semble en effet raisonnable de ramener l'influence étiologique que pourraient exercer ces affections à la simple action du catarrhe chronique des fosses nasales. C'est aussi, à ce qu'il me paraît, la même interprétation qu'il faut admettre relativement à l'action de certains climats et en particulier des climats humides.

Je ne dissimulerai pas que j'éprouve un embarras plus grand à expliquer l'existence des polypes congénitaux ; il doit y avoir dans ces cas, certains vices de développement dont je ne me rends pas un compte suffisant pour tenter d'esquisser même une hypothèse.

ζ) *Siège.* — Il suffira de jeter un coup d'œil sur les observations que nous publions pour remarquer que les néoplasmes ont été rencontrés à peu près aussi fréquemment dans une fosse nasale que dans l'autre. En effet,

5 fois ils existaient du côté gauche et 7 fois dans la fosse nasale droite ; de même dans 12 cas, ils existaient de l'un et l'autre côté ; enfin, dans 7 cas, les auteurs ne mentionnent pas de quel côté ils les ont trouvés. A noter également que les polypes ont été trouvés aussi souvent isolés (15 fois) que multiples (14 fois) ; dans deux cas, ceux auxquels C. Michel fait allusion, le siège et le nombre des néoplasmes ne sont pas mentionnés.

Le siège précis des polypes n'a pas été indiqué par les auteurs ; on sait encore que sur ce point les opinions sont assez contradictoires. C'est ainsi que Pétrequin admettait qu'ils pouvaient s'insérer sur la voûte et à cet égard, il recommandait même d'opérer leur extraction avec la plus grande prudence ; tout d'abord, Voltolini avait aussi considéré cette origine comme très fréquente, mais ces deux opinions sont regardées comme très hypothétiques par Zuckerkandl ; elles ne reposent, dit-il, sur aucune preuve anatomique. Voltolini semble avoir ultérieurement modifié ses vues. Zuckerkandl qui a entrepris sur l'anatomie normale et pathologique des fosses nasales une série d'études très intéressantes, a fourni sur le siège exact des polypes du nez, des aperçus dignes de remarque. Ainsi, jamais il n'a trouvé de polypes, ni sur la paroi supérieure, ni sur le cornet inférieur. Un polype de la voûte, dit-il, devra être considéré comme « rara avis » ; sur 300 cas il n'en a, pour son compte, rencontré aucun ayant son insertion à ce niveau. Il résulte de ses recherches qu'ils naissent le plus souvent sur les cornets ethmoïdaux ou dans le méat moyen.

V

Symptomatologie. — Chez l'enfant, comme chez l'adulte, on peut diviser en deux catégories les troubles occasionnés par la présence des polypes dans les fosses nasales.

A) *Symptômes objectifs.* — On comprend facilement qu'ils soient assez peu marqués chez le nouveau-né où tout se borne à la simple constatation de l'existence du

néoplasme. Celui-ci, à ce moment déjà, peut offrir un volume relativement considérable, puisque dans le cas de notre confrère, M. le Dr Le Roy, le polype avait la grosseur d'un pois et que dans celui rapporté par Cardone, il était gros comme un noyau de cerise. Plus tard, à mesure que l'enfant avance en âge, et pour peu que le néoplasme soit de date ancienne, on trouve déjà un ensemble symptomatique qui, dans certains cas, peut à première vue mettre sur la voie du diagnostic.

En effet, si les tumeurs sont bilatérales et d'un volume assez considérable, elles détermineront au bout d'un certain temps, par pression sur les parties avoisinantes, un certain degré d'atrophie de la cloison et des parties latérales des fosses nasales. Il en résultera un arrêt de développement plus ou moins prononcé de la charpente osseuse du nez qui pourra subir des modifications diverses. C'est ainsi que les ailes seront dilatées, élargies, et que le dos du nez sera déprimé présentant cette forme particulièrement disgracieuse qu'on est convenu de qualifier du nom de « nez en selle ». Les symptômes seront encore bien plus saillants, si, à la présence des polypes, vient s'adjoindre l'existence, dans le naso-pharynx, de végétations adénoïdes abondantes. En pareil cas, la déformation est due à ce que l'organe cesse de fonctionner.

L'examen direct des fosses nasales soit par la rhinoscopie antérieure, soit par la rhinoscopie postérieure est loin de présenter toujours les plus grandes facilités ; bien au contraire, il est des cas où il est d'une pratique très difficile. Chez les tout petits enfants en effet, on ne saurait guère explorer que les narines par suite de la dimension très restreinte des fosses nasales ; mais chez ceux d'un âge plus avancé il sera permis de s'éclairer plus facilement et, partant, de poursuivre plus profondément ses investigations ; du reste, il convient de dire que, grâce à ses propriétés anesthésiantes et contractiles, la cocaïne pourra constituer un précieux adjuvant.

Déjà, j'ai dit plus haut que les polypes des fosses nasales pouvaient occuper des sièges variés, leur point d'implantation étant lui-même susceptible de nombreuses

modifications. Je ne reviendrai pas ici sur les détails et je me bornerai simplement à dire que parfois il sera très aisé de se rendre compte de l'existence des polypes soit par le simple examen direct, alors qu'ils viennent faire saillie à l'orifice des narines, soit en relevant la pointe du nez avec le pouce, soit enfin en se servant du spéculum nasal et en employant un éclairage approprié. Mais ces moyens ne suffisent pas toujours ; assez souvent, en effet, comme on a pu le voir par les observations que nous relatons plus loin, il est à peu près impossible de constater par l'orifice antérieur des fosses nasales, l'existence des polypes insérés en arrière dans les choanes. C'est alors qu'il convient de pratiquer la rhinoscopie postérieure à l'aide des petits miroirs dont on a l'habitude de se servir à cet effet, et aussi en attirant en avant le voile du palais avec des crochets ou éleveurs palatins quand la cavité naso-pharyngienne n'est pas assez spacieuse ou quand le malade trop indocile ne veut pas se prêter à l'examen direct

Si la rhinoscopie postérieure était absolument impossible, on pourrait cocaïner fortement la muqueuse nasale et sous l'influence de la rétraction consécutive, peut-être parviendrait-on à explorer les fosses jusque dans leur profondeur. Il est encore un moyen auquel il est possible d'avoir recours ; mais je conseille de ne l'employer qu'en dernière analyse, car il donne des résultats trop douteux ; je veux parler de l'exploration digitale. Elle ne saurait en effet, être pratiquée avec fruit que par des médecins expérimentés ou dans les cas de tumeurs longuement pédiculées et très saillantes, autrement la sensation fournie par le toucher, trop confuse, n'est pas un guide suffisant pour entreprendre une opération.

Quoi qu'il en soit, et quel que soit le procédé employé pour se convaincre de son existence, quand on aura reconnu de façon manifeste la présence d'un polype, on trouvera une tumeur d'aspect gélatineux, blanche ou grise sale, quelquefois rosée à sa surface, translucide et transparente, d'autres fois d'un aspect terne si le polype remonte à une époque éloignée et a subi dans sa texture des modifications importantes.

Les polypes des fosses nasales peuvent être uniques ou multiples, sessiles ou pédiculés, mono ou bilatéraux.

J'ai déjà fait remarquer que relativement à la fréquence, le partage était égal entre les polypes isolés et les polypes multiples.

Dans les cas de polype unique, le volume peut présenter les plus grandes variations, les dimensions, étant du reste, dans une certaine mesure, en rapport avec l'âge du sujet et aussi avec l'ancienneté du néoplasme. C'est ainsi qu'à côté de polypes gros comme un pois, comme un noyau de cerise, on a pu en trouver d'autres qui atteignaient la grosseur d'une fève, d'une amande et même d'un petit œuf. Nous avons du reste, dans ce travail, fait reproduire deux dessins d'après nature empruntés à Bond qui donnent une idée suffisante du volume auquel certains polypes peuvent parvenir. Dans le second des cas qu'il mentionne, Bond a trouvé que le polype ne pesait pas moins de 260 grammes ; on a signalé d'autres exemples où le néoplasme avait jusqu'à 4 centim. de longueur sur 2-3 centim. de largeur. Entre ces deux extrêmes, il sera possible d'observer toutes les grosseurs intermédiaires.

S'il s'agit, au contraire, de polypes multiples, leurs dimensions seront naturellement plus restreintes et en relation assez directe avec la quantité de néoplasmes que pourra contenir la fosse nasale ; or, nous avons vu que parfois on en pouvait trouver des quantités relativement nombreuses.

Si la formation du polype est de date assez récente il peut offrir l'aspect d'une petite tumeur se détachant nettement sur la surface de la muqueuse, mais sans trace de pédicule. A une époque plus avancée, et sous l'influence des causes que nous invoquions dans l'étiologie, peu à peu la masse principale de la tumeur descendra du côté du plancher des fosses nasales ; le pédicule ainsi formé deviendra de plus en plus apparent et sa longueur sera d'autant plus considérable qu'il aura son insertion dans un point plus élevé.

Les tumeurs unilatérales semblent moitié moins fréquentes que les tumeurs bilatérales ; Bosworth croit même que, si primitivement l'on ne rencontre de polypes que

d'un seul côté, avec le temps, les deux fosses nasales finissent par se prendre. Cette opinion est peut-être exagérée, car je sais pour mon compte tels malades ayant depuis longtemps un ou plusieurs polypes d'un seul côté qui n'en ont jamais présenté de l'autre côté. Je dirai même que les cas de ce genre sont loin de constituer l'exception. Bosworth admet que l'une des fosses nasales étant complètement obstruée, surviennent dans l'autre des troubles congestifs qui se traduisent par des formations polypoïdes presque fatales ; c'est une théorie séduisante peut-être, mais ce n'est après tout qu'une simple théorie et nous avons chez nous, l'habitude d'accorder aux faits le pas sur les théories.

A côté des symptômes que je viens de citer, on peut encore signaler des déviations de la cloison : congénitales ou acquises, des luxations et des sub-luxations et enfin comme complication, des végétations adénoïdes du naso-pharynx.

B) Symptômes subjectifs. — Qu'ils soient uniques ou multiples, sessiles ou pédiculés, mono ou bilatéraux, petits ou très développés, les polypes des fosses nasales sont susceptibles de provoquer chez les enfants un ensemble de troubles fonctionnels sur lesquels je désire maintenant insister quelque peu. Il est tout naturel que les désordres dont je vais essayer l'énumération seront d'autant plus marqués que la perméabilité des fosses nasales sera plus réduite par le nombre et les dimensions des néoplasmes dont la situation exercera aussi une certaine influence.

a) Troubles respiratoires. — On sait que d'une façon générale, les nouveau-nés respirent par le nez, en tenant la bouche complètement fermée. A cet âge les fosses nasales sont très étroites, aussi le moindre obstacle au courant d'air inspiratoire et expiratoire, se traduira-t-il par des troubles respiratoires très manifestes. C'est ainsi que le petit malade du Dr Le Roy avait une respiration bruyante, accélérée dès les premiers jours ; ensuite survinrent des accès de dyspnée qui, le dix-huitième jour,

avaient déterminé une véritable cyanose des extrémités et de la face. Celui du Dr Cardone avait eu une crise d'asthme violente qui avait failli amener la suffocation.

Chez les enfants d'un âge plus avancé les troubles respiratoires n'atteindront pas toujours cette intensité à moins toutefois qu'il ne s'agisse de néoplasmes d'un volume considérable. En général, les deux temps de la respiration s'effectuent avec difficulté, mais la gêne est surtout grande pendant l'inspiration, notamment quand le polype muni d'un long pédicule se déplace assez facilement dans les fosses nasales.

Les avis sont à peu près unanimes pour reconnaître que la respiration nasale est surtout difficile par les temps humides et on en donne pour cause, que les polypes étant très hygrométriques, subissent à ce moment une augmentation de volume assez considérable. Seul Bosworth a combattu cette opinion que Mac Donald, de son côté, a péremptoirement démontrée exacte. L'auteur américain, en effet, prétend que ce que l'on a mis sur le compte de l'hygrométrie ne serait autre chose qu'une irritation de la muqueuse consécutive à la faiblesse du système vaso-moteur et appréciable dans tous les cas de variations atmosphériques. Quelle que soit la façon dont on l'interprète, le fait n'en reste pas moins exact et en dehors de toute contestation.

Il est inutile de faire remarquer que les troubles respiratoires seront moins prononcés s'il n'y a de polypes que d'un seul côté ou si leur volume restreint permet à l'air un passage relativement libre.

Si le polype est assez longuement pédiculé et s'il peut aisément se mouvoir dans les fosses nasales sous l'influence du courant d'air, il subira des mouvements de va-et-vient donnant l'idée assez vague de ce qu'on a qualifié du nom de « bruit de drapeau ».

Pendant le sommeil, instinctivement, et dans le cas de polype unilatéral, l'enfant se couchera du côté atteint, car dans le cas contraire, la stase sanguine s'opérant dans la fosse nasale saine, l'obstruction du nez serait complète. Quand ils dorment les enfants font quelquefois beaucoup de bruit et le ronflement, dans un cas

(Bond), était assez prononcé pour être entendu de l'étage au-dessous.

Les troubles respiratoires sont encore bien plus marqués quand, aux polypes du nez, viennent s'ajouter la présence des végétations adénoïdes ou l'hypertrophie considérable des amygdales.

b) *Troubles de la déglutition.* — Le polypes du nez ont pour ordinaire inconvénient de déterminer des désordres non seulement du côté de la respiration, mais encore du côté de la déglutition. Comme les précédents, et pour les mêmes raisons, ces derniers troubles ont leur prédominance chez les nouveau-nés qui ne peuvent prendre le sein. La succion n'est possible, en effet, que par l'accolement complet des lèvres sur le mamelon ; or, pendant la tétée, le nez et la bouche sont à la fois fermés, la respiration est totalement impossible et souvent, au lieu de se diriger du côté de l'œsophage, le lait tombe dans le larynx d'où accès de toux qui découragent l'enfant de téter. Alors, peu à peu, l'enfant dépérit et les choses restant en l'état, il pourrait même en arriver à un tel degré d'émaciation que la mort s'en suivît.

c) *Troubles vocaux.* — Ils se traduisent, dans les cas de polypes d'assez gros volume, par une voix nasillarde d'un timbre tout particulier et si facilement appréciable de ceux qui y sont accoutumés, qu'on pourrait presque le considérer comme pathognomonique de l'existence des polypes du nez. Je sais, pour mon propre compte, que ce timbre de voix me frappe tellement que j'ai l'habitude de dire des malades qui ont des polypes du nez, avec altération de la voix, que c'est une « *voix naso-polypoïde* », cette expression pouvant être impropre, mais signifiant nettement dans mon esprit que la personne qui me parle a des polypes dans le nez. Il m'est même arrivé assez fréquemment, rien qu'en entendant parler certaines personnes, de diagnostiquer chez elles des polypes du nez dont l'existence était rendue évidente par l'examen rhinoscopique.

Les troubles respiratoires, ceux de la déglutition et ceux

de la phonation peuvent revêtir une grande importance dans les cas de polypes du nez ; mais à côté, il en est d'autres parfois si considérables, qu'on ne pourrait les passer sous silence. Dans le cours de ces dernières années, on a beaucoup écrit sur les névroses réflexes d'origine nasale et dans nombre de cas on a pu faire ressortir manifestement l'influence déterminée sur la production de ces névroses par la présence des polypes. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans l'énumération de ces symptômes secondaires, aussi ne ferai-je que les signaler.

Ainsi fréquemment, on observe des accès d'éternuement à la fois désagréables et par leur quantité et par leur fréquente répétition. Je disais tout à l'heure qu'il pourrait se produire des crises d'asthme parfois très pénibles ; les migraines se rencontrent assez communément ; les troubles du côté des yeux, des oreilles, sont également de constatation usuelle. Enfin, on a remarqué que certains enfants dans le cas d'obstruction plus ou moins prononcée des fosses nasales devenaient paresseux, inaptes à s'appliquer, perdaient la mémoire et on a même fait de cet état une affection particulière à laquelle son inventeur, le Dr Guye (d'Amsterdam), a donné le nom d'aprosexie d'origine nasale ; mon ami et distingué confrère le Dr Raulin (de Marseille)qui l'a décrite tout récemment a baptisé les enfants de cette catégorie du nom pittoresque de « cancres d'origine nasale » (1). Si le fait est certain, et les observations signalées à ce point de vue semblent le mettre hors de doute, on comprendra que les polypes du nez puissent aussi engendrer des cancres ; hâtons-nous de dire que, si c'est là leur seule raison d'être cancres, les enfants pourront être aussi rapidement que sûrement guéris de cette boiterie intellectuelle.

Les polypes du nez, quand ils ont acquis un certain développement émoussent l'odorat et peuvent même le détruire tout à fait, ce qui se comprend aisément, puisque leur siège ordinaire est au niveau de la région olfactive, c'est-à-dire dans les points où viennent se terminer les rameaux du nerf olfactif. On sait que les

(1) V. Raulin. Le cancre d'origine nasale. O. Doin, Paris 1890.

désordres du côté de l'odorat ont leur retentissement fréquent sur le goût, aussi pourra-t-on constater des troubles de ce sens et portant sur les saveurs diverses des aliments.

S'il s'agit d'un polype volumineux ou de néoplasmes abondants, le canal nasal pourra être comprimé à son ouverture dans le méat inférieur, et alors le libre écoulement des larmes sera du même coup empêché. Il en résultera du larmoiement, de la conjonctivite, de la distension du sac lacrymal ou même des abcès avec fistules consécutives.

L'épistaxis est assez peu commune ; mais comme on l'observe dans certains cas, on ne saurait cependant négliger tout à fait de la mentionner.

S'il s'agit de polypes implantés au niveau des choanes ils pourront venir directement obturer l'orifice tubaire, d'où catarrhe des trompes, otite moyenne, bourdonnements, etc.

Les malades porteurs de polypes du nez sont presque constamment atteints de coryza, ils finissent même par s'habituer tout à fait à ce qu'ils considèrent comme un simple « rhume de cerveau ». C'est qu'en effet ces néoplasmes déterminent des troubles vaso-moteurs (Bosworth) se traduisant par une sécrétion d'intensité variable, mais à peu près constante. Les malades se plaignent de sensation de brûlures et éprouvent des démangeaisons, surtout au niveau du dos du nez. L'écoulement continuel de liquide finit par déterminer de l'érythème de l'orifice des narines et de la lèvre supérieure et, consécutivement, il peut survenir en ces points un eczéma d'une ténacité désespérante.

VI

OBSERV. I. — *Polype muqueux congénital de la fosse nasale gauche chez un nouveau-né. — Ablation ; guérison.* (Obligeamment communiquée par M. le Dr LE ROY, ancien interne des hôpitaux de Paris.)

Le 4 mai 1890, je suis appelé pour assister M. le Dr X... dans un accouchement. La dame déjà mère de deux enfants :

l'un de 9 ans, l'autre de 6 ans, tous les deux bien portants, accouche pour la troisième fois, après huit heures de travail et sans présenter aucune particularité. L'enfant, du sexe masculin, pèse 4 kilos environ et se trouve dans les meilleures conditions apparentes de vitalité ; pour des raisons particulières, il est aussitôt confié à une sage-femme qui, dès le lendemain, le place en nourrice au sein, à l'Isle-Adam.

Au bout de deux ou trois jours, la nourrice s'aperçoit que l'enfant a de la peine à prendre le sein et qu'il respire difficilement. Elle le fait voir à notre excellent confrère le Dr Dupont, qui constate dans la narine gauche, l'existence d'un polype mobile, oblitérant à peu près complètement les fosses nasales. Inquiet de la difficulté que ce polype apporte à la respiration pendant les tétées, il me fait prier de voir l'enfant.

Examen.— A l'examen, je constate en effet, dans la narine gauche, l'existence d'un polype du volume d'un gros pois d'aspect bleuâtre, qui pendant l'expiration oblitère l'orifice externe de la narine et remonte dans la fosse nasale pendant l'inspiration. La respiration est bruyante, accélérée, très gênée, surtout au moment où l'enfant prend le sein.

Comme il n'y avait aucun danger imminent, je prie mon confrère de bien surveiller l'enfant, remettant à un peu plus tard, une intervention qui m'inspirait quelque crainte à cause de la perte de sang possible qui aurait pu devenir dangereuse par suite du jeune âge ; d'ailleurs, l'autre narine me semblait pouvoir assurer de façon suffisante le passage de l'air.

Le 23 novembre, je suis de nouveau appelé d'urgence près du petit malade, alors âgé de dix-neuf jours. Depuis ma dernière visite, à plusieurs reprises, il avait eu des accès de dyspnée, qui, la veille, avaient déterminé une véritable cyanose des extrémités et de la face. A l'auscultation, je constate aux deux bases une respiration soufflante et quelques râles crépitants fins.

L'enfant a beaucoup maigri, il présente de l'érythème papuleux des fesses, de la région ano-périnéale et de la face interne des cuisses. Le polype me paraît avoir un peu augmenté de volume ; un stylet introduit dans la narine, permet de constater qu'il s'insère par un assez large pédicule sur la paroi externe de la fosse nasale, assez près de l'orifice externe. Le stylet suit librement la paroi interne et inférieure de la fosse nasale jusqu'au pharynx ; de l'eau boriquée, injectée dans la narine gauche, ressort aussitôt par l'autre narine.

Traitement. — La situation était devenue assez embarrassante ; en effet, si je remettais à plus tard l'ablation du polype, la dyspnée due à la fois à la bronchite et à l'obstacle mécanique apporté par le polype à la respiration, pourrait devenir dangereuse. D'ailleurs, le dépérissement de l'enfant occasionné par la difficulté de respirer pendant qu'il prenait le sein, m'engageait à intervenir. Je m'étais muni d'un polypotome de Wilde et de petites pinces à iridectomie. Après plusieurs lavages à l'eau boriquée, je pratiquai, avec l'aide de mon confrère le Dr Dupont, l'ablation du polype. Je tâchai de le saisir au moment de l'expiration et de le fixer avec la pince, pendant que j'embrassais le pédicule avec l'anse du polypotome Malheureusement la section du pédicule fut faite un peu bas et je n'enlevai qu'une partie du néoplasme. Après plusieurs tentatives infructueuses de préhension à l'aide du polypotome, je résolus de terminer l'opération par arrachement avec la pince. Au bout de sept à huit tentatives qui durèrent environ un quart d'heure et que je pratiquai surtout pendant l'expiration, je parvins à rendre la narine complètement libre. Le volume total des fragments enlevés représente environ celui d'un petit haricot. La perte de sang fut insignifiante, à peine deux cuillerées à café ; d'ailleurs, ce sang cessa complètement de couler goutte à goutte, aussitôt que j'eus terminé mes tentatives d'extraction et que j'eus fait une dernière injection d'eau boriquée.

Résultat. — Les suites de cette intervention furent aussi simples que possible. L'enfant ne perdit plus une goutte de sang ; aussitôt la désobstruction de la narine, la respiration était devenue facile ; l'enfant prit le sein plusieurs fois avant mon départ, et il put téter un quart d'heure au moins chaque fois. Mon confrère acheva en quelques jours la guérison de la bronchite à l'aide des moyens ordinaires de traitement, et depuis, la santé revint et l'enfant regagna rapidement le poids qu'il avait perdu. Jusqu'à présent, le polype ne s'est pas reproduit.

Anatomie pathologique. — J'ai fait durcir dans l'alcool les fragments de ce polype, dont je viens de pratiquer l'examen histologique. Voici la description des coupes de quelques fragments :

D'une façon générale, l'aspect de la coupe présente : 1° à la surface, une couche d'épithélium formée de plusieurs rangées de cellules cylindriques embryonnaires. — 2° Au-dessous de

nombreuses fibrilles colorées en jaune par le picro-carmin ; sur le trajet de ces fibrilles, dirigées dans tous les sens, existent de nombreux noyaux arrondis ou allongés dans le sens de la fibre. Au milieu de ces réseaux de fibrilles, se remarquent des îlots de cellules muqueuses, à prolongements multiples, séparés les uns des autres par des espaces formés par de la substance muqueuse amorphe, colorée légèrement en jaune par le picro-carmin. — 3° Au centre de la tumeur, existent de nombreux vaisseaux remplis de sang et coupés soit en travers, soit dans le sens de la longueur. Plusieurs de ces derniers se dirigent vers la périphérie de la coupe. Autour des vaisseaux on observe en outre de nombreux îlots de tissu muqueux, des cellules embryonnaires plus ou moins rapprochées et des fibres plus épaisses que dans la zone sous-épithéliale ; ces fibres se colorent en rose par le picro-carmin.

J'ai comparé les coupes avec celles d'un assez grand nombre de polypes des fosses nasales que je possède dans ma collection, et de cette comparaison, j'ai cru devoir conclure que le polype est en partie fibroïde ; il est beaucoup plus vasculaire que ne le sont d'ordinaire les polypes muqueux. La présence de cellules fusiformes nombreuses et de fibres déjà formées, me laisse supposer que ce polype tendait à évoluer vers un véritable polype fibreux.

Malgré toutes mes recherches, je n'ai rien pu découvrir qui expliquât le développement de ce polype.

Observation II. — *A propos d'un cas de polype nasal congénital.* (F. Cardone. *Bollettino delle malattie de l'Orecchio, della gola e del naso.*)

Lutte Pasquale, de bonne constitution, issu de parents sains, né depuis deux jours seulement, ne pouvait respirer par le nez ni téter librement ; il lui était impossible de rester un instant tranquille. En outre, au dire de la mère, la nuit précédente, cet enfant s'était réveillé en sursaut avec une crise d'asthme si violente qu'il paraissait prêt à succomber.

Examen. — La mère trouvait que son enfant avait le nez obstrué par des mucosités, mais en pratiquant l'examen des narines, je constatai que celle du côté droit était, presque jusqu'à son orifice, obstruée par un tissu rouge luisant, de consistance élastique : il existait, en même temps, une déviation de la cloison. Un instant, je pensai à un prolapsus de la muqueuse ou à une hypertrophie considérable du cornet.

Traitement. — Désirant délivrer l'enfant de cet obstacle à la respiration, je saisis le néoplasme avec une pince à pansement et il me suffit d'une traction unique, légèrement faite, pour en pratiquer l'extirpation. L'hémorrhagie consécutive, de peu d'importance, fut arrêtée immédiatement à l'aide du perchlorure de fer.

Anatomie pathologique. — Ce néoplasme, de la grosseur d'un noyau de cerise, avec un pédicule très mince, était constitué par un épithélium de revêtement à cellules plus ou moins aplaties et par un stroma conjonctif plus dense à l'extrémité libre. A peine un léger contenu liquide.

OBSERVATION III. — *Polypes muqueux du nez chez un enfant d'un mois.* (KRAKAUER. *Verhandlungen des Vereins für innere Medicin*; *in Deutsche medic. Wochensch.*)

Un enfant, âgé de 4 semaines et demi, fut amené à l'auteur pour des polypes muqueux des fosses nasales. Au dire de la mère, *dès sa naissance* il reniflait, et il fut traité dans diverses cliniques.

Examen. — Quand il fut amené à Krakauer, on distinguait une grosse tumeur blanche qui faisait saillie par la narine droite et qui avait tout l'aspect d'un polype muqueux, de telle sorte qu'il semblait nécessaire d'en pratiquer l'extirpation.

Traitement. — Etant donnée l'étroitesse de la narine, on ne pouvait songer à introduire un spéculum, mais on se servit de l'anse froide de Wilde et le polype fut détaché à sa racine. La première tumeur ayant été enlevée, une seconde apparut dans la narine ; aussi, dans le courant de 4 semaines, 11 polypes furent-ils extraits de la narine droite. Ensuite, M. Krakauer put constater qu'une grande partie du bord du cornet moyen était détruite. On ne fit après aucune cautérisation galvanique et on se borna à des attouchements avec la solution de nitrate d'argent.

Résultat. — L'enfant a de nouveau contracté un catarrhe des fosses nasales, ce qui a permis à l'auteur de le revoir ; il est complètement guéri et a un développement normal. L'examen microscopique confirma le diagnostic de polype muqueux.

Observation IV. — *Polype du nez chez un enfant de moins d'un an.* (P. Heymann. *Laryngologische Gesellschaft zu Berlin*, 21 mars, 2 mai et 6 juin 1890, *in Deutsche medizinal Zeitung.*)

Cette observation est représentée par une trouvaille nécroscopique faite par l'auteur allemand. En effet, il a montré à ses collègues de la Société de Laryngologie de Berlin, une coupe du crâne passant à travers les fosses nasales et sur laquelle on constatait l'existence d'un polype au niveau du cornet moyen.

Comme l'éruption dentaire n'avait pas encore eu lieu, Heymann a cru pouvoir admettre que ce polype appartenait à un enfant âgé de moins d'un an.

Observation V (inédite). — *Cas de polype fibro-kystique postérieur.* (Due à l'obligeance de M. le Dr Moure.)

Enfant, âgé de 10 ans 1/2, est conduit chez M. le Dr Moure pour une gêne considérable de la respiration nasale.

Examen. — Par la rhinoscopie, on constate à la partie postérieure de la fosse nasale (le côté n'est pas indiqué) l'existence d'un néoplasme assez volumineux.

Traitement. — L'extirpation de la tumeur fut pratiquée à l'anse froide en passant par derrière le voile du palais.

Après ablation on reconnut qu'il s'agissait d'un polype fibro-kystique.

Résultat. — Au bout de trois ou quatre mois, survint une récidive et on pratiqua de nouveau l'ablation du néoplasme. M. Moure eut alors soin de bien cautériser le pédicule au niveau du point d'implantation et il obtint de la sorte une guérison définitive qui ne s'est pas démentie après plusieurs années.

Observation VI (inédite). — *Polypes muqueux multiples des deux fosses nasales. Ablation. Guérison* (due à l'obligeance de M. le Dr Moure).

Enfant de 13 ans, possédant de nombreux polypes muqueux des deux fosses nasales. Grande gêne respiratoire due à l'imperméabilité du nez.

Traitement. — Les polypes furent enlevés avec l'anse froide ; leur point d'implantation fut touché avec le galvanocautère et la guérison qui survint ne s'est pas démentie depuis.

Observ. VII (inédite). —*Polypes muqueux des fosses nasales ; ablation, guérison.* (Due à l'obligeance de M. le Dr Moure.)

Enfant de 7 ans est amené à M. le Dr Moure pour une gêne de la respiration nasale remontant à une époque déjà assez éloignée.

On trouve à l'examen des polypes muqueux qui sont enlevés sans difficulté au moyen de l'anse froide.

La guérison consécutive a persisté sans trace de récidive.

Observ. VIII (inédite). — *Polype muqueux de la fosse nasale. Ablation. Guérison.* (Communiquée par M. le Dr A. Grossard.)

P. F.., âgé de 8 ans, est amené à la clinique le 28 septembre 1883, pour consulter M. le Dr Moure.

Cet enfant se plaint de ne pouvoir pas respirer par le nez et d'éprouver une grande difficulté pour se moucher.

Examen. — A l'examen rhinoscopique, on constate dans la fosse nasale (le côté n'est pas indiqué) l'existence d'un polype muqueux, dont l'extirpation est pratiquée séance tenante au moyen de l'anse froide.

Il est à présumer que les suites opératoires durent être excellentes, car l'enfant n'a pas été revu.

Observ. IX (inédite). — *Polype muqueux de la fosse nasale gauche. Ablation ; guérison.* (Communiquée par M. le Dr A. Grossard.)

B..., écolier, âgé de 10 ans, se présente à la clinique, le 13 avril 1886.

Cet enfant, qui tient la bouche mi-ouverte, éprouve à respirer par le nez, une assez grande difficulté.

Examen. — L'investigation rhinoscopique fait découvrir, dans la fosse nasale gauche, la présence d'un polype muqueux qui est opéré à l'anse froide sans déterminer une perte de sang bien notable.

Observ. X (inédite). — *Polype kystique de l'arrière-cavité de la fosse nasale gauche. Ablation; guérison.* (Communiquée par M. le Dr A. Grossard.)

C... Pierre, âgé de quinze ans, exerçant la profession d'ébéniste, vient pour consulter à la clinique, le vingt-quatre janvier 1888.

Ce malade se plaint d'éprouver de l'enchifrènement, avec une certaine gêne de la respiration nasale, notamment du côté gauche ; il lui arrive fréquemment de faire des efforts pour débarrasser la fosse nasale obstruée, mais il ne peut y parvenir.

Examen. — A la rhinoscopie antérieure, on ne trouve rien de particulier à signaler du côté droit ; à gauche, la fosse nasale paraît comme bouchée en arrière. En examinant les arrière-fosses par la rhinoscopie postérieure au moyen d'un petit miroir, on aperçoit, du côté gauche, une tumeur assez volumineuse à la présence de laquelle doivent être rattachés les troubles éprouvés par le malade.

Traitement. — La tumeur fut enlevée suivant le procédé ordinaire, au moyen de l'anse froide. Après extraction, on reconnut qu'il s'agissait d'un polype kystique de l'arrière-fosse nasale gauche.

Observ. XI (inédite). — *Polype fibro-muqueux du naso-pharynx. Ablation, guérison.* (Communiquée par M. le Dr A. Grossard.)

S... (Victoria), âgée de 13 ans, écolière, vient consulter à la clinique le 16 septembre 1890.

Depuis longtemps déjà, cette enfant a de l'enchifrènement, éprouve à respirer par le nez une notable difficulté et nasonne en parlant.

Examen. — La rhinoscopie antérieure est à peu près négative, mais en éclairant le naso-pharynx au moyen d'un miroir approprié, on aperçoit en arrière, faisant saillie sur la face postérieure du voile du palais, un néoplasme volumineux et ressemblant à un polype muqueux.

Traitement. — La tumeur opérée à l'anse froide était constituée par un polype fibro-muqueux des arrière-fosses nasales.

Observ. XII (inédite). — *Polype muqueux des fosses nasales. Ablation. Guérison.* (Communiquée par M. le Dr A. Grossard.)

D..., liquoriste, âgé de 15 ans, se présente à la clinique de M. le Dr Moure, le 3 mars 1891.

Ce malade tient la bouche ouverte et se plaint d'être dans l'impossibilité absolue de respirer par le nez.

Examen. — Il suffit de relever simplement avec le pouce, la pointe du nez, pour apercevoir de chaque côté de petites tumeurs qui viennent faire saillie dans les narines et ont absolument l'aspect des polypes muqueux.

Traitement. —Ces polypes furent enlevés à plusieurs reprises au moyen de l'anse froide et le malade, complètement débarrassé, vit disparaître les troubles qui l'avaient amené à consulter.

Je vais maintenant reprendre l'ordre chronologique et citer, d'après les dates où ils ont été mentionnés, les divers cas de polypes des fosses nasales chez les enfants, que j'ai pu trouver dans la littérature médicale. C'est ainsi qu'en premier lieu, je rapporterai une observation extraite d'un mémoire publié dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, par Duménil (de Rouen), sous le titre de : *Relation de quatre cas de polypes naso-pharyngiens.*

Observ. XIII. — *Polype fibro-muqueux de l'arrière-fosse nasale (côté gauche). Ablation après résection temporaire du maxillaire supérieur ; guérison.* (Duménil, in *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, séance du 18 juin 1873.)

L..., âgé de 8 ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Rouen en septembre 1872. Cet enfant, un peu maigre et pâle, mais d'une bonne santé habituelle, est atteint d'un polype qui remplit la fosse nasale gauche et forme, dans le pharynx, une tumeur allongée, du volume d'un œuf, déprimant le voile du palais, au-dessous du bord libre duquel elle fait une saillie appréciable à l'œil. La forme est régulière, la surface lisse.

La face ne présente aucune déformation, le nez n'est pas

élargi, l'œil gauche n'est nullement saillant et ses mouvements sont complètement libres. La déglutition s'opère facilement, ainsi que la respiration, à part la gêne qu'éprouve le passage de l'air à travers la fosse nasale gauche ; la voix n'a rien de particulier. Il est impossible de connaître au juste l'époque d'apparition de cette tumeur. Il n'y a jamais eu d'hémorrhagie.

L'exploration avec le doigt ne permet d'apprécier qu'incomplètement les dimensions du pédicule ; celui-ci paraît large, et il semble certain qu'il s'implante à l'apophyse basilaire. La tumeur est ferme, l'exploration ne provoque pas de saignement.

Traitement. — Convaincu de l'impossibilité d'enlever la tumeur par les voies naturelles, je me décide à la résection temporaire du maxillaire supérieur, par le procédé de Bœckel, et je pratique l'opération le 25 septembre. Le malade est chloroformé pour la première partie de l'opération ; quatre ou cinq ligatures sont nécessaires dans l'incision des parties molles : la section de l'apophyse montante est pratiquée avec la pince de Liston, celle de la paroi antérieure du sinus maxillaire avec la scie plate d'une boîte à trépan, celle de l'arcade zygomatique avec la scie à chaîne. Le plancher de l'orbite est abattu avec le ciseau et le lambeau ostéo-cutané est renversé au dehors. Un polype qui est isolé et fixé à la paroi externe de la fosse nasale, est renversé avec le maxillaire. Les cornets moyen et supérieur enlevés, la partie postérieure de la cloison détruite, j'ai sous l'œil toute l'étendue de l'apophyse basilaire, et cependant je ne découvre pas la tumeur. Introduisant alors un doigt dans la brèche et un autre par la bouche jusqu'au-dessus du voile du palais, j'arrive par des tractions et des pressions modérées à détacher le polype et il tombe dans la gorge. L'impossibilité de voir son point d'implantation m'empêche d'avoir recours soit à la rugination, soit à la cautérisation.

Contre mon attente, le polype avait un pédicule qui ne dépassait pas un centimètre de diamètre, mais ce pédicule était très court et le renflement brusque qui lui succédait immédiatement explique que j'ai cru à une implantation large. On ne voyait nulle part sur ce polype la trace d'un prolongement qui se serait rompu, de sorte que j'étais certain que la masse qui occupait la fosse nasale gauche était isolée. Le polype, fendu dans sa longueur, avait une coupe fibreuse et un tissu formé d'un tissu aréolaire.

L'hémorrhagie consécutive fut minime, et les suites opératoires excellentes : la guérison se serait maintenue.

La question que soulève ce cas, est de savoir si l'on ne pouvait pas épargner au malade la grave opération préliminaire. Je dois convenir qu'il y a eu ici une erreur de diagnostic. J'ai cru à l'existence d'un polype à large implantation lorsque la tumeur présentait un pédicule mince. La masse de la tumeur remplissait le pharynx, et, comme le pédicule était très court, que la partie renflée du polype lui succédait brusquement, il était impossible d'arriver jusqu'à lui avec le doigt : l'erreur était ainsi difficile à éviter. Une autre erreur fut de considérer la tumeur qui obstruait la fosse nasale gauche comme un prolongement de celle du pharynx, lorsqu'elle en était complètement indépendante. Mais ici encore, je ne vois guère comment on pourrait vaincre la difficulté. La transmission des mouvements imprimés à la tumeur pharyngienne fournissait un signe positif certain, mais l'absence de cette transmission ne suffisait pas pour prouver l'isolement des polypes, car outre que la manœuvre est de nature à présenter des difficultés, l'enclavement pourrait immobiliser le prolongement nasal d'un polype naso-pharyngien.

En pareil cas, les éléments essentiels du diagnostic me semblent être la formation régulière de la tumeur et le peu de tendance aux hémorrhagies, caractères qui n'appartiennent guère aux véritables fibromes de cette région.

Ce polype n'avait pas, comme les véritables polypes naso-pharyngiens, son implantation à la voûte du pharynx, sans quoi on eût aperçu cette implantation après le premier temps de l'opération. Sans que nous ayons pu déterminer rigoureusement les attaches du pédicule, nous pouvons affirmer qu'elles avaient lieu sur un point du pourtour de l'orifice postérieur des fosses nasales, de sorte que c'était plutôt un polype des fosses nasales qu'un polype naso-pharyngien.

La structure était celle des polypes fibro-muqueux ; il présentait une enveloppe fibreuse avec un centre aréolaire et rappelait entièrement la disposition d'un polype fibro-muqueux de la base du crâne, dont M. Legouest a fait la relation à la Societé de chirurgie en 1869.

Si le diagnostic eût pu être posé rigoureusement, l'indication aurait été de détruire la masse nasale par arrachement et d'enlever ensuite la tumeur pharyngienne également par l'arrachement, puis par la torsion ou par la ligature.

Je dois placer ici une observation de Mason, cité par Morell-Mackensie dans son Traité pratique des maladies du nez.

Observ. XIV. — *Polypes multiples des fosses nasales. ablation ; guérison.* (Mason, *Médic. soc. proced.*)

Il s'agit, dans ce cas, d'un jeune malade âgé de 12 ans, chez lequel Mason aurait enlevé plusieurs polypes fort développés.
L'âge donné au malade dans le rapport est 12 ans, mais Morell-Mackenzie fait remarquer que sur le catalogue du Collège Royal des chirurgiens où les tumeurs ont été déposées, l'âge indiqué est 10 ans.

Je suis obligé de me borner à cette simple mention, car je n'ai pu me procurer le texte original de l'observation.

Observ. XV. — Enfant de 12 ans opéré déjà antérieurement pour des polypes du nez et qui présentait un polype unique « *der Polyp erwies sich als solitar* ».

Ce fait est signalé par Semon dans une note de sa traduction allemande du livre de M. Mackenzie cité plus haut.

Observ. XVI et XVII. — C. Michel. (*Die Krankh. der Nasenhoehle*, etc.)

Les deux plus jeunes sujets que cet auteur a eu l'occasion d'observer, avaient l'un 10 ans et l'autre 12 ans. Il les a rencontrés sur un ensemble de 135 malades.

Observ. XVIII. — *Polype du nez chez une jeune fille de* 13 *ans*. (F. Ingalls. *The Journal of the american medical Association.*)

Miss M. vint consulter de Minnesota, le 14 juillet dernier, se plaignant d'un catarrhe avec difficulté de respirer par le nez, ce qui lui causait beaucoup de désagréments depuis une année.
Elle avait souffert de la toux avec expectoration considérable pendant huit années et les symptômes habituels avaient existé pendant plusieurs années, bien qu'ils ne fussent pas aussi manifestes que depuis la dernière.

Examen. — A l'examen de la poitrine, râles de bronchite chronique, pas de signes d'engorgement ni d'emphysème. Larynx légèrement congestionné. Naso-pharynx relâché et recouvert de sécrétions, mais sans trace de tumeurs.

Rhinoscopie antérieure : révèle l'existence de gros polypes muqueux obstruant presque les deux narines.

Ces tumeurs provenaient, selon toute évidence, du méat moyen ou de la surface externe du cornet moyen et avaient tous les caractères extérieurs et l'aspect des myxomes de ces régions.

Traitement.—Ces polypes furent enlevés au moyen de l'anse d'acier de l'écraseur et on cautérisa avec l'acide chromique leur point d'implantation. L'acide fut appliqué au moyen d'une bande plate d'aluminium sur la pointe de laquelle on avait fait fuser une petite quantité de ce caustique à la chaleur douce.

Observ. XIX. — *Polype muqueux des fosses nasales. Ablation ; guérison.* (Beverley Robinson. *Practical treatise on nasal catarrh and allied diseases.*)

Garçon, âgé de 3 ans, atteint d'un polype muqueux de la fosse nasale.

Cet enfant fut opéré avec plein succès par le Dr S. F. Morris, après éthérisation, au moyen d'un forceps-clamp pour artères, à l'Out-patient Department de l'hôpital de New-York, le 19 décembre 1884.

Le petit malade avait manifestement un aspect strumeux et était évidemment atteint de rhinite chronique hypertrophique.

Observ. XX. — *Polypes de l'extrémité antérieure des deux cornets. Ablation ; guérison.* (Hopmann. *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, etc.)

Wiedemann (Friederike), de Cologne, âgée de 11 ans, vient consulter le 3 janvier 1877.

Examen. — Tumeurs caverneuses de l'extrémité antérieure des deux cornets inférieurs ; des deux côtés, mais particulièrement à droite, les narines sont complètement obstruées et on aperçoit des tumeurs bleu rosées et tendues faisant saillie.

La maladie avait débuté sept mois auparavant.

Traitement. — Le petit doigt ayant été plongé dans l'huile, on le fit de force pénétrer entre la tumeur et la cloison, en comprimant énergiquement le néoplasme. Cette manœuvre fut

répétée pendant huit jours au bout desquels les polypes avaient considérablement diminué de volume.

La guérison fut complétée par le médecin de la famille et par le père de la malade, comme on put ultérieurement s'en convaincre.

Observ. XXI. — *Polypes muqueux multiples des arrière-fosses nasales. Ablation avec l'anse galvanique ; guérison.* (Hopmann, *ib.*)

Puwelle (Fritz), de Gütersloh, âgé de 7 ans, vient consulter le 8 janvier 1881.

Examen. — Sténose du nez et du naso-pharynx déterminée par des néoplasmes qui, à la rhinoscopie antérieure, apparaissent comme des polypes gélatineux et ont le même aspect à la rhinoscopie postérieure permettant de les apercevoir au niveau des choanes et du naso-pharynx qu'ils emplissent en partie.

La maladie avait débuté plusieurs années auparavant.

Traitement. — Le 12 janvier 1881, le malade ayant été endormi et le nez ayant été rabattu d'après le procédé de Chassaignac-Verneuil-von Bruns, on introduisit par la partie antérieure une anse galvanique qui fut portée autour de la base de la plus grosse tumeur au moyen de l'index de la main gauche passé derrière le voile du palais et conduit dans la choane du côté droit ; on fit lentement rougir le fil pour enlever la tumeur par le pharynx. Le nez fut recousu au moyen de douze points de suture qui furent enlevés le 19 janvier. On détacha de la même façon plusieurs autres polypes isolés.

Anatomie pathologique. — Le plus gros polype dont la base mesurait plusieurs centimètres, présentait une portion plus volumineuse, de 4 centim. de long sur 2 à 3 centim. de largeur et d'épaisseur, laquelle faisait saillie dans la cavité naso-pharyngienne ; une seconde portion était d'aspect papillaire à la surface et criait sous le scalpel. A l'examen microscopique, on trouva un fibrome dur (fibrome naso-pharyngien) avec faisceaux élastiques entortillés et fibrillaires ; on remarquait aussi de larges vaisseaux qui constituaient exclusivement la tumeur. La portion la plus petite du néoplasme, qui mesurait 3 cent. 1/2 de longueur, 2 centim. 1/2 de largeur et 0 cent. 5 d'épaisseur, était aplatie comme une graine de citrouille, transparente et, à l'examen histologique, avait l'aspect d'un fibrome œdémateux, blanchâtre, en un mot celui d'un polype

muqueux véritable. Il existait, en outre, un fibrome dur de la grosseur d'une noisette et plusieurs polypes muqueux gros comme une fève.

Résultat. — En s'enquérant auprès du médecin de la famille, M. Hopmann apprit de lui, à la date du 15 février 1883, que le petit malade qu'il avait opéré pouvait être considéré comme définitivement guéri, puisqu'à cette époque il n'y avait pas trace de récidive.

Observation XXII. — *Polypes muqueux multiples des deux fosses nasales ; Ablation ; guérison.* (Hopmann, *ib.*).

Erbarth (Ernest), de Cologne, âgé de 9 ans, vient consulter le 30 décembre 1881.

Etat actuel. — Obstruction complète des deux fosses nasales déterminée par la présence de nombreux polypes visibles par l'orifice antérieur des fosses nasales, d'aspect gélatineux et transparent. Les choanes sont en même temps rendues plus étroites par des tumeurs adénoïdes du naso-pharynx ayant gêné le développement.

Selon toute probabilité, on doit faire remonter l'affection à la première année de l'existence.

Traitement. — Extirpation radicale des végétations adénoïdes, le 5 janvier 1882, l'enfant étant endormi. Extraction d'une quarantaine de polypes environ de la grosseur d'un pois à celle d'une fève, et provenant, pour la plupart, des cornets moyens des deux côtés ; ils furent enlevés consécutivement dans l'espace de quelques semaines à quelques mois au moyen de l'anse froide.

Examen histologique. — Il révéla qu'il s'agissait de polypes muqueux.

Résultats. — Le malade vint se faire soigner de façon très irrégulière et cessa ses visites avant que les polypes n'eussent été complètement enlevés. Aussi, selon toute vraisemblance, dut-il avoir plus tard une récidive de ses polypes muqueux.

Observation XXIII. — *Polype muqueux unique de la choane droite. Ablation par traction et torsion ; guérison* (Hopmann, *ib.*).

Conrad (Anna), de Cologne, âgée de 13 ans, vient consulter le 29 septembre 1883.

Etat actuel.— Sténose des deux fosses nasales, principalement du côté droit, consécutivement à la présence des végétations adénoïdes de la voûte du pharynx, moyennement développées, et aussi, d'un gros polype saillant au niveau de la choane du côté droit, mais impossible à voir par l'orifice antérieur des fosses nasales.

L'affection avait dû débuter depuis des années déjà. Elle avait empiré depuis environ quatre mois que la malade avait commencé à être réglée.

Traitement.— Ablation complète des végétations adénoïdes dans la narcose le 30 sept. Le 6 octobre, sans endormir la malade,le polype fut extrait avec l'anse froide que l'on introduisit par l'orifice antérieur des fosses nasales jusque dans la cavité naso-pharyngienne en arrière du voile du palais. Avec l'indicateur de la main gauche on fit passer l'anse autour du corps du polype. Comme il était difficile de porter l'anse en haut jusqu'à la base, le polype ne fut pas sectionné, mais on le détacha de son insertion par des torsions et des tractions. Il s'écoula une quantité considérable de sérosité.

Anatomie pathologique. — L'examen microscopique fit reconnaître qu'il s'agissait d'un gros polype unique et manifestement kystique. Le gros kyste qui se trouvait dans le pédicule avait été déchiré. Dans le corps du polype existait un kyste de la grosseur d'un noyau de cerise. Le polype avait plus de 4 centimètres de longueur.

Résultats. — A la fin de 1884, la guérison persistait sans la moindre trace de récidive.

OBSERV. XXIV. — *Polypes multiples des fosses nasales. Ablation. Guérison* (HOPMANN, *ib.*).

Fochem (Johann), de Cologne, âgé de 14 ans, vient consulter le 12 mai 1884.

Etat actuel. — Les fosses nasales des deux côtés sont complètement obstruées par de nombreux polypes faisant saillie en avant dans les narines et en arrière dans les choanes.

La maladie avait débuté depuis plusieurs années déjà.

Traitement. — Outre plusieurs polypes de la grosseur d'un pois à celle d'une cerise,ou bien de celle d'une graine de citrouille à celle d'une amande du côté droit et au niveau du cornet moyen, on extirpa encore un polype transparent de

6 centimètres de longueur et d'une épaisseur égale, de la même façon qu'il a été décrit pour le cas précédent.

Anatomie pathologique. — L'examen microscopique révéla l'existence de polypes muqueux contenant un kyste volumineux avec des cavités kystiques de la dimension d'une noisette.

Résultats. — Le 25 février 1885, il n'y avait pas de récidive. Le 17 juin, on constatait à nouveau des deux côtés, principalement à droite, de gros polypes muqueux qui furent extraits.

Observ. XXV. — *Polypes multiples des fosses nasales. Ablation ; guérison.* (Hopmann, *ib.*).

Blume (Richard), de Deutz, âgé de 10 ans, vient consulter le 26 novembre 1884.

Etat actuel. — Coryza avec sécrétion continue ; accès d'éternuement et de toux violents, larmoiement et photophobie occasionnés par une obstruction permanente des fosses nasales des deux côtés, due elle-même à la présence de nombreux polypes au niveau des cornets moyens et inférieurs.

L'affection datait des premières années de l'existence, mais elle s'était aggravée depuis deux ans.

Traitement. — On enleva avec l'anse froide un grand nombre de polypes (30 à 40 environ) au niveau des cornets moyens et des parties avoisinantes ; du côté droit, on détacha, au moyen de l'anse galvanique, des papillomes du cornet inférieur.

Anatomie pathologique. — L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait de polypes muqueux et de papillomes.

Résultat. — A la fin de mars 1885 on avait obtenu une guérison provisoire. On ne pouvait encore parler d'un résultat définitif.

Observ. XXVI. — *Polypes multiples des fosses nasales. Ablation ; guérison.* (Hopmann, *ib.*).

Bach (Joseph), de Deutz, âgé de 12 ans, vient consulter le 4 janvier 1885.

Etat actuel. — Sténose des fosses nasales de chaque côté, déterminée par des végétations adénoïdes du naso-pharynx,

de moyenne grosseur et par de nombreux polypes situés à la partie supérieure des fosses nasales.

L'affection avait débuté environ cinq ans auparavant.

Traitement. — Extirpation totale des végétations adénoïdes dans la narcose, le 15janvier. Extraction successive de trente polypes muqueux environ du cornet moyen et de la paroi supérieure des fosses nasales au moyen de l'anse froide.

Anatomie pathologique. — L'examen microscopique révéla l'existence de polypes muqueux.

Résultats.— Le malade était encore en traitement quand fut publiée l'observation.

Observ. XXVII. — *Polypes multiples des deux fosses nasales. Ablation ; guérison.* (Hopmann, *ib.*).

Zimmer (Adolphe), de Cologne, 14 ans, vient consulter le 19 mai 1885.

Etat actuel. — Etroitesse du nez, épiphora, céphalalgies frontales ; dyspnée, empâtement du cou, ronflements la nuit, faiblesse générale occasionnés par des polypes situés de chaque côté au niveau des cornets moyens et faisant saillie jusque dans les narines.

Le début de l'affection remontait à plusieurs années.

Traitement. —Extirpation de plusieurs tumeurs polypeuses de la grosseur d'un noyau de cerise jusqu'à celle d'une noisette et situées sur les cornets inférieurs de chaque côté ; on enleva au niveau du cornet moyen gauche, un polype gélatineux de la grosseur d'une fève.

Anatomie pathologique.— On reconnut, à l'examen histologique, qu'il s'agissait d'un papillome et d'un polype muqueux.

Résultat. — Le malade était encore en traitement quand fut publiée l'observation.

Observ. XXVIII. — *Polypes muqueux des fosses nasales Ablation ; guérison.* (Hopmann, *ib.*).

Schuler (Lothar von), de Boppard, âgé de 9 ans, vient consulter le 20 mai 1885.

Etat actuel. — Sténose nasale, dyspnée, épistaxis, céphalalgie, engorgement, accès de toux, et dureté de l'ouïe déter-

minés par un catarrhe chronique généralisé des fosses nasales et la présence de polypes isolés au niveau du cornet moyen droit ; hypertrophie des amygdales palatines. Pas de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx.

La maladie avait débuté deux ans auparavant.

Traitement. — Section des amygdales et extraction de trois polypes muqueux de la grosseur d'un noyau d'amande à peu près.

Anatomie pathologique. — A l'examen histologique : polypes muqueux.

Résultats. — L'enfant peut être provisoirement considéré comme guéri.

Observ. XXIX. — *Polype muqueux de la fosse nasale droite. Ablation ; guérison.* (J. W. Bond, *The british medic. Journ.*)

L., petite fille de 15 ans, vint à l'hôpital pour les maladies de la gorge, le 23 avril 1887 ; son histoire était la suivante. Depuis l'âge de onze ans, elle avait un écoulement de la narine droite purement aqueux et n'ayant jamais contenu de sang. Quand elle était couchée sur le dos, elle respirait bruyamment et,dans la nuit, quand elle était endormie, la respiration était si rude que les parents pouvaient l'entendre à l'étage au-dessus et que l'enfant, comme le disait son père, faisait autant de bruit qu'un cornet à piston. Parfois, il semblait que quelque chose remuât à l'intérieur du nez. Ce fut une des sœurs de la malade qui remarqua que la tumeur venait faire saillie en avant de la narine droite.

Examen. — A l'examen de l'enfant, on constatait que le nez était dilaté à l'extérieur et du côté droit ; et à l'intérieur, on apercevait en avant un polype rose d'apparence gélatineuse qui, comme on pouvait s'en rendre compte, faisait saillie derrière le voile du palais. Il était impossible de préciser le point d'implantation. La cloison était déviée à gauche et la muqueuse nasale du côté gauche était si tuméfiée que l'enfant était obligée de respirer exclusivement par la bouche. La voix était voilée et grave.

Traitement. — La tumeur (*fig.* 1) fut enlevée avec l'anse de Mackenzie ; on fit passer un large anneau de fil métallique parallèlement à la cloison, jusqu'à ce qu'il vînt faire saillie

en arrière et ensuite on saisit la tumeur par en dessous, après quoi on repoussa, avec une sonde, l'anneau et on fixa le pédicule. On arracha alors le pédicule avec une petite parcelle de la muqueuse sur laquelle il était inséré. Le néoplasme fut ensuite extrait de la narine avec un peu de difficulté. Il semblait sortir de la surface concave du cornet moyen.

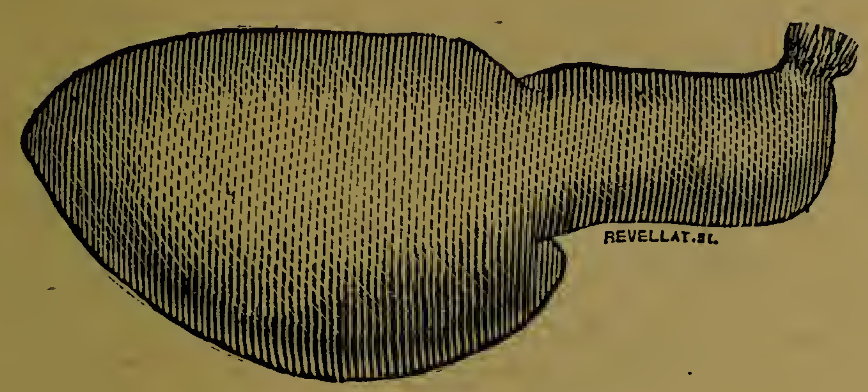


Fig. 1. (Empruntée à Bond).

On pratiqua des insufflations de tannin et d'iodoforme pendant les quelques jours qui suivirent, mais on ne cautérisa nullement le nez.

Résultat. — La tumeur ne présentait aucune trace de récidive quand la malade fut examinée cinq mois plus tard et, à ce moment, la fosse nasale droite antérieurement élargie était d'aspect à peu près normal ; la voix et la respiration étaient également naturelles.

Observ. XXX. — *Polype muqueux de l'arrière-fosse nasale droite. Ablation* ; *guérison.* (J. W. Bond, *ibid.*)

M. M..., jeune fille âgée de 8 ans, fut amenée à l'hôpital des maladies de la gorge.

Son histoire était la suivante : depuis un an, elle respirait la bouche ouverte pendant son sommeil et elle ronflait bruyamment. Par la narine droite, écoulement aqueux très abondant qui jamais n'avait été mélangé de sang. Voix voilée et nasillarde et quand, il y a six mois environ, la voix devint plus couverte qu'elle ne l'était ordinairement, et que l'enfant se plaignit de sentir comme un corps étranger dans la gorge, sa mère aperçut une masse blanchâtre qui faisait saillie en arrière de la luette. La tumeur changeait de position et parfois elle devenait invisible. A plusieurs reprises, la mère s'efforça de l'arracher avec le doigt. Pas de gêne de la déglution.

Examen. — Par la rhinoscopie antérieure, on apercevait, du côté droit, en arrière au niveau de la choane, le polype qui n'était pas visible dans le pharynx buccal. Mais la portion nasale du voile du palais semblait déprimée en bas et en avant.

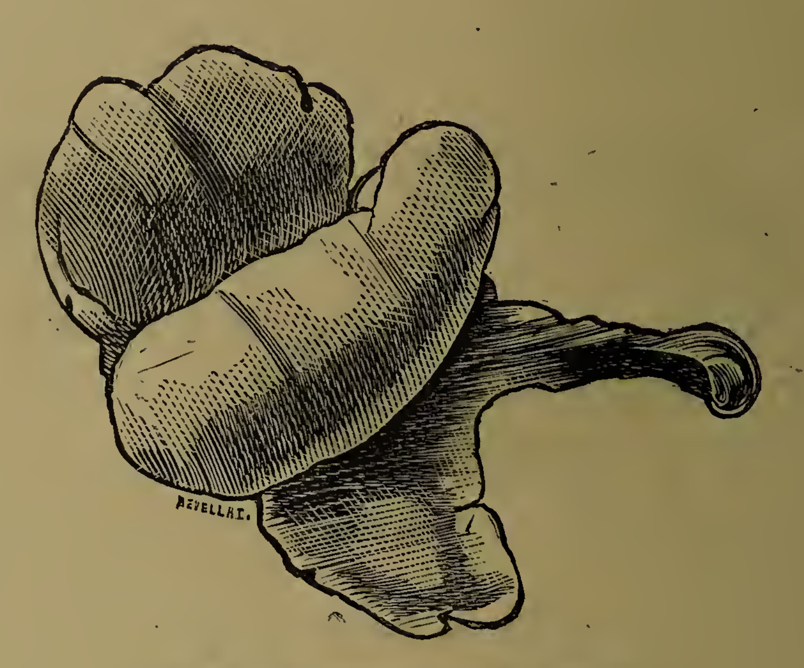


Fig. 2. (Empruntée à Bond).

Par la rhinoscopie postérieure, on apercevait une masse arrondie remplissant tout l'espace rétro-nasal et dont le pédicule paraissait inséré à la partie supérieure de la fosse nasale droite.

Traitement.— Le néoplasme (*fig.* 2) fut enlevé sous le chloroforme par la voie buccale au moyen de l'anse froide de l'écraseur de Mackenzie portée aussi haut que possible sur la tumeur, après quoi on pratiqua l'extraction. Le polype, de composition muqueuse, était plus blanc et plus consistant que de coutume, et pesait environ 260 grammes.

Obser. XXXI. — *Polype muqueux de la fosse nasale droite. Ablation par le procédé de l'éponge. Guérison.*(Edgar Kurz, *Wien. medic. Presse.*)

Garçon de 12 ans, venu consulter pour une obstruction complète de la fosse nasale droite et aussi parce que la voix était nasillarde.

Examen. — Bien que les cris de l'enfant et son agitation permissent à peine de pratiquer la rhinoscopie antérieure, on apercevait en arrière, profondément, la partie antérieure d'un polype muqueux, dont la partie postérieure était visible dans le naso-pharynx.

Traitement. — Deux tentatives furent faites après badigeonnage à la cocaïne pour enlever le néoplasme au moyen de l'anse ; mais comme le petit malade ne pouvait rester une seconde tranquille et qu'au contraire, il se débattait avec rage en cherchant à s'enfuir, M. Kurz jugea qu'il lui serait impossible d'appliquer l'anse et qu'il n'y faudrait pas songer de longtemps. Il réduisit alors le malade au repos par une légère narcose chloroformique, après quoi il conduisit la sonde de Belloc sur le plancher de la fosse nasale droite et à l'extrémité saillante, il attacha un long fil de soie en même temps gros et fort sur lequel il fixa à des distances égales trois morceaux d'éponge de grosseur croissante.

Au moyen de la sonde de Belloc, on attira, d'avant en arrière, la première éponge attachée au fil et laquelle avait environ la grosseur d'une noix. Le polype fut si bien détaché dans son intégrité avec son pédicule qu'il devint inutile d'employer les deux autres éponges que l'on se borna simplement à couper.

Le polype muqueux avait la grosseur d'une amande entourée de sa coque. L'hémorrhagie fut insignifiante et l'opération ne dura pas plus de deux secondes. Si l'hémorrhagie eut été plus abondante, l'auteur eût employé la seconde éponge pour faire le tamponnement postérieur. Au réveil, le malade n'accusa aucune douleur ; six mois après, il n'y avait aucune trace de récidive.

VII

Diagnostic. — Dans certains cas et avant tout examen direct, il est possible, sinon d'affirmer, tout au moins de présumer la présence des polypes. En faisant plus haut l'énumération des symptômes, nous avons vu, en effet, que la respiration, la déglutition et la phonation pouvaient subir des troubles tout particuliers, permettant déjà de mettre sur la voie du diagnostic.

Pour s'assurer de la perméabilité des fosses nasales, on fera faire au petit patient par l'une des narines, l'autre étant comprimée avec le doigt et la bouche étant main tenue fermée, des mouvements d'expiration brusque.

Dans ce cas, et en procédant alternativement, de l'un et de l'autre côté, on pourra vérifier si l'une des fosses

nasales ou même les deux sont frappées de sténose. De cette façon en effet, ou bien le courant d'air ne passera que très difficilement, ou bien on pourra imprimer au polype, s'il existe réellement, des mouvements de va-et-vient capables de déceler sa présence. Cependant, il ne faut pas oublier que d'autres causes peuvent aussi déterminer de la sténose, comme nous allons le voir plus loin ; aussi ne convient-il d'accorder à ce signe qu'une importance secondaire.

Le coryza, les manifestations nerveuses diverses : telles que céphalalgies, cauchemars, etc., seront encore des signes de présomptions. Mais pour établir exactement, chez les enfants, l'existence des polypes du nez, le seul procédé véritable consiste dans l'examen direct des parties.

Quelquefois, et quand ils sont très volumineux, ou bien encore s'ils sont insérés à la partie antérieure des fosses nasales ou munis d'un long pédicule, les polypes peuvent venir faire saillie à l'ouverture des narines où il suffira simplement d'en constater la présence. Dans des conditions sensiblement analogues, leur présence se révélera encore à la vue en prenant simplement soin de relever avec le pouce la pointe du nez et en priant en même temps l'enfant de pencher la tête en arrière, de façon à rendre verticaux les orifices des narines.

Il est excessivement rare que les polypes des arrière-fosses nasales soient assez volumineux pour pendre en arrière du voile du palais et se montrer accessibles à la vue. Le toucher n'a de réelle importance que pour un doigt bien exercé, autrement les sensations qu'il fournit peuvent être tout à fait confuses ; en outre, il n'est pas toujours aisé de le pratiquer ; dans tous les cas, l'inspection directe en avant et en arrière, lui est de beaucoup préférable.

En effet, si l'on désire réellement se convaincre de l'existence des polypes muqueux des fosses nasales, il est de toute nécessité de pratiquer soit la rhinoscopie antérieure, soit la rhinoscopie postérieure et, très souvent même, on devra combiner les deux. La rhinoscopie antérieure, dans les cas ordinaires, est toujours possible

directement ; au contraire, la rhinoscopie postérieure peut présenter des difficultés assez grandes pour, au premier abord, sembler tout à fait impossible. Comme ces moyens d'investigation offrent un réel intérêt dans la pratique, je ne crois pas inopportun de m'appesantir ici sur certains petits détails, d'autant que leur connaissance sera également très utile quand il s'agira d'intervenir pour le traitement.

Les narines et aussi les fosses nasales, sinon dans leur totalité, tout au moins dans la majeure partie de leur étendue, peuvent être le plus fréquemment examinées au moyen d'un spéculum nasal ordinaire et en s'aidant de la lumière naturelle ou artificielle, soit directe, soit réfléchie. Déjà antérieurement, nous avons appris de quel secours pourrait être l'emploi d'une solution convenable de chlorhydrate de cocaïne qui, en amenant la rétraction des parties, permet de pousser beaucoup plus profondément les investigations. Dans quelques cas, si les dimensions des fosses nasales en autorisaient l'usage, on pourrait utiliser le spéculum imaginé par Zaufal et qui se compose d'un long entonnoir dont la partie évasée se termine par un tube pouvant pénétrer jusque dans le naso-pharynx, quand l'instrument est assez profondément enfoncé.

Néanmoins, quelque habitude qu'il en ait, et aussi quelle que soit l'adresse du médecin, il ne pourra pas toujours réussir par la rhinoscopie antérieure à apercevoir certains polypes du nez dont il peut, d'autre part, soupçonner l'existence. C'est en effet ce qui a lieu dans certains cas de néoplasmes situés à la partie postérieure des fosses nasales et que l'on ne peut découvrir par l'examen antérieur, soit à cause du volume trop considérable des cornets osseux, soit à cause d'une déviation de la cloison du côté où ils sont implantés, soit enfin par suite de l'atrésie congénitale des fosses nasales elles-mêmes, ou pour tout autre motif quelconque qu'il est loisible de supposer. En pareil cas, il devient d'urgente nécessité de pratiquer la rhinoscopie postérieure. Celle-ci, en général, chez les sujets dont le naso-pharynx est suffisamment spacieux et qui sont assez calmes, peut être aisément

faite au moyen d'un miroir de dimensions plus restreintes, il est vrai, mais ayant la forme du miroir laryngien ordinaire. La lumière étant projetée au fond de la gorge et la langue maintenue abaissée, on tourne la surface réfléchissante du miroir vers le naso-pharynx et on en explore successivement les diverses parties ; c'est ainsi qu'on peut arriver à déceler la présence des polypes muqueux implantés par exemple au niveau des choanes.

Il ne faudrait pas croire cependant que les choses se passent toujours avec une simplicité aussi grande. En effet, si, assez fréquemment, chez les adultes, la rhinoscopie postérieure telle que je viens de l'esquisser est facile, il est, par contre, des cas suffisamment nombreux, où l'on ne pourrait arriver à aucun résultat positif. En m'exprimant ainsi, j'entends faire allusion aux malades très indociles ou à ceux dont le voile du palais vient presque s'accoler à la paroi postérieure du naso-pharynx. Chez les premiers, peut-être pourrait-on obtenir une tranquillité relative après anesthésie par la cocaïne, mais chez les seconds, ce moyen deviendrait tout à fait illusoire. C'est pour obvier à ces difficultés que les auteurs ont inventé divers instruments, en général connus sous le nom de *releveurs de la luette*. Si l'idée en est ingénieuse, il faut bien avouer que dans la pratique ces instruments ne fournissent que des résultats assez médiocres, aussi ne saurait-on guère en préconiser l'emploi. Du reste, il convient de se rappeler que, dans ce travail, j'ai en vue uniquement les polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants, c'est dire que les difficultés rencontrées chez les adultes seront encore augmentées de beaucoup quand il s'agira d'examiner des enfants.

Actuellement, j'ai, dans ma clientèle privée, une jeune dame de province que j'avais déjà traitée, l'année dernière, et qui est revenue cette année réclamer mes soins pour une obstruction complète des fosses nasales s'accompagnant de crises d'asthme fréquentes et de céphalalgies très pénibles qui, jointes à d'autres troubles déterminés par la même cause, tourmentaient beaucoup la malade et lui rendaient l'existence très désagréable. L'exploration

par la partie antérieure des fosses nasales ne me permit de rien découvrir de particulier, car je me trouvai tout de suite arrêté dans mon examen par les dimensions trop restreintes de ces cavités. En arrière, au contraire, la patiente étant d'une docilité remarquable et de plus ayant un naso-pharynx très spacieux, je pus constater, par la rhinoscopie postérieure, l'existence d'une masse volumineuse unique, d'aspect polypoïde, qui recouvrait complètement le bord postérieur de la cloison et déterminait l'occlusion totale des choanes ; ainsi vue, cette masse présentait à peu près les dimensions d'une grosse noisette. Pour arriver à pratiquer l'ablation de ce néoplasme, j'ai eu recours à l'emploi de fils de caoutchouc passant, d'une part, par la bouche et de l'autre par les fosses nasales, et noués en avant. De la sorte, et en procédant comme je l'indiquerai, ultérieurement, au chapitre du traitement, j'ai réussi à immobiliser le voile du palais en même temps que son bord libre était fortement attiré en avant. Dans ces conditions, je n'ai pas été peu surpris de voir que la masse était beaucoup plus volumineuse que je ne l'avais cru au premier abord, car elle m'apparaissait, maintenant, au moins grosse comme un marron, et de plus, il m'était en même temps possible de remarquer nettement qu'elle était constituée par deux lobules distincts qui venaient s'adosser sur la ligne médiane. Tout cela, parce que les parties bien mieux découvertes permettaient un examen beaucoup plus complet. Si je me suis étendu, à propos de ce fait, c'est parce que, le cas échéant, je ne saurais trop conseiller d'avoir recours au fil de caoutchouc pour amener la rétraction du voile du palais et son immobilité, et partant, pour rendre plus facile et parfois même pour permettre exclusivement de s'assurer s'il existe, ou non, chez certains enfants, des polypes des arrière-fosses nasales.

Quel que soit le procédé employé, et qu'il s'agisse de polypes situés à la partie antérieure ou à la partie postérieure du nez, en s'aidant soit du stylet, soit de la sonde mousses, il sera, dans certains cas, possible de constater non seulement la présence des polypes muqueux, mais encore de se rendre un compte assez exact et de leur

aspect, et de leur volume, et quelquefois même de leur nombre. Souvent encore, on pourra reconnaître s'ils sont sessiles ou pédiculés, implantés à la partie antérieure ou à la partie postérieure des fosses nasales, et déterminer même le point précis où ils ont pris naissance. Ce moyen est également le seul qui puisse permettre de s'assurer si les néoplasmes sont uni ou bi-latéraux.

Mais il n'importe pas exclusivement de connaître l'existence des polypes, il convient encore de les distinguer des affections diverses que l'on peut rencontrer dans les fosses nasales.

A) *Hypertrophie des cornets.*— On trouve assez communément des médecins, même fort instruits, qui considèrent les polypes du nez comme très fréquents ; il leur paraîtrait presque superflu d'exclure de cette fréquence les polypes du nez qui se peuvent rencontrer chez les enfants. Or, en pareil cas, on peut, sans crainte de se tromper, avancer que l'opinion a été établie, non pas d'après un examen soigneux de faits véritablement authentiques, mais bien d'après de simples conjectures. Qu'un enfant respire mal en effet, qu'il ait du coryza, qu'on aperçoive même, à l'orifice des narines, une saillie de la muqueuse, ce ne sont pas là raisons suffisantes pour faire admettre que réellement il s'agit de polypes muqueux.

Les statistiques nous ont appris que ces néoplasmes étaient très rares et nous n'hésitons pas à affirmer que le fait reste exact jusqu'à réfutation sérieusement étayée.

Ce que l'on aurait tendance à prendre pour des polypes, dans la presque majorité des cas, n'est autre chose qu'une simple hypertrophie de la muqueuse et en particulier de la muqueuse du cornet inférieur. C'est elle qui parfois vient faire hernie en avant dans les narines, donnant ainsi le change avec de véritables polypes. Cette hypertrophie, on la reconnaîtra à l'aide du stylet et mieux encore en faisant usage de la cocaïne ; sous l'influence de cet agent, en effet, dans le cas d'hypertrophie, on verra se rétracter les tissus et du même coup disparaître les soi-disant polypes ; au contraire, quand il s'a-

gira de véritables néoplasmes, ils pourront être réduits, quant à leur volume, mais jamais au point de s'effacer tout à fait. L'hypertrophie, en outre, est plus disséminée ; elle peut être étendue à toute la longueur du cornet ; elle a pour siège de prédilection le bord libre du cornet inférieur où sont au contraire très rares les polypes ; souvent elle est bilatérale.

En arrière, chez les enfants d'un certain âge, on observera quelquefois également de l'hypertrophie de la queue des cornets ; après ce que je viens de dire, il suffira de la signaler pour qu'on puisse la distinguer des polypes implantés au niveau des choanes.

B) *Déviations de la cloison.*— Il existe, dans certains cas, une subluxation ou même une luxation complète de la sous-cloison, qui vient alors former relief dans l'une des narines ; d'autres fois, la cloison cartilagineuse a subi vers sa partie moyenne une déviation assez prononcée amenant de la sténose de la fosse nasale. Ces états anormaux seront en général faciles à reconnaître par la forme, la dureté et aussi la situation toutes particulières des parties ; les polypes s'en distinguent par ce fait, que jamais ils ne prennent leur point d'implantation sur la cloison.

C) *Corps étrangers.*— Chacun sait la déplorable habitude qu'ont les enfants d'insinuer des corps étrangers soit dans leur nez, soit dans leurs oreilles. Comme ils craignent de justes réprimandes ou des châtiments bien mérités, ils se gardent d'informer leurs parents de leur maladresse, à moins qu'ils ne soient trop gênés ou qu'ils n'éprouvent une douleur par trop vive. C'est pourquoi les corps étrangers peuvent longtemps séjourner dans ces cavités avant qu'on y constate leur présence ; parfois même ils passent tout à fait inaperçus. La nature de ces corps étrangers est excessivement variable : dans certains cas, ils sont très durs (noyaux de fruits, petits cailloux, etc.) ; d'autres fois, ils sont de consistance moins ferme et de plus susceptibles de ramollissement au contact du mucus des fosses nasales (graines diverses, pépins de fruits, etc.). Ils pourront aisément être confon-

dus avec les polypes, surtout quand après avoir longtemps séjourné dans les fosses nasales, ils auront déterminé autour d'eux une prolifération irritative de la muqueuse, ou bien quand ils auront acquis un certain degré de ramollissement. Mais cette confusion n'est guère possible qu'à une première inspection superficielle : en effet, si l'on examine soigneusement les fosses nasales, et qu'après attouchement de la muqueuse avec une solution de cocaïne au 1/5e on explore régulièrement avec le stylet, on arrivera vite à se convaincre que le prétendu polype n'était autre chose qu'un simple corps étranger.

D) *Abcès de la cloison.* — Il arrive fréquemment aux enfants de faire des chutes sur le nez ou de recevoir de la part de leurs camarades des coups divers sur cet organe. Il peut en résulter des hématomes de la cloison qui plus tard se transforment en abcès. Au début et à l'aide des commémoratifs, on pourra être mis rapidement sur la voie du diagnostic ; on se trouvera alors en présence d'une petite tumeur recouverte d'une muqueuse rouge, tendue et luisante, en général située d'un seul côté, à l'orifice des narines, tout à fait à la partie antéro-inférieure de la cloison. On s'apercevra que cette tumeur est sessile, adhérente à la cloison, dépressible à l'aide du doigt ou du stylet. Plus tard, si le cartilage de la cloison s'est résorbé sous l'influence du processus inflammatoire, il en résultera une perforation et la tumeur fera saillie dans les deux narines avec étranglement à sa partie moyenne, c'est-à-dire qu'on aura un abcès en bouton de chemise. Alors, en plaçant un doigt dans chaque narine, on sentira le plus souvent une fluctuation manifeste capable de lever tous les doutes.

E) *Tumeurs malignes.* — Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales sont presque exceptionnelles chez les enfants ; il convient cependant d'excepter les sarcomes qui, très fréquemment, s'observent dans l'enfance, même chez les sujets en bas âge. Ces néoplasmes prennent en général naissance sur la cloison ; non seulement ils déterminent de la sténose nasale, mais encore ils s'accom-

pagnent vite d'épistaxis plus ou moins abondantes et comme ils se développent d'ordinaire avec une rapidité effrayante, bientôt ils envahissent les cavités de voisinage et produisent des déformations caractéristiques de la face. Si l'on ajoute à cela les douleurs intolérables qu'ils occasionnent presque toujours, on comprendra sans peine que les sarcomes des fosses nasales ne puissent guère prêter à la confusion avec les simples polypes muqueux.

Je ne crois pas utile d'établir un diagnostic différentiel avec les autres genres de néoplasmes malins qui sont trop rares chez les enfants, pour mériter qu'on s'y arrête. On les trouve en effet plutôt chez les adultes, où ils peuvent, comme l'a récemment démontré, dans une belle leçon clinique, M. le professeur Le Dentu (1), être pris pour des polypes ordinaires des fosses nasales.

F) *Végétations adénoïdes.*— Les végétations adénoïdes sont une complication assez fréquente des polypes du nez ; cependant, il est bien plus commun de les observer seules. Dans l'un et l'autre cas, les enfants ont l'habitude de respirer la bouche ouverte à cause de la sténose des fosses nasales. Mais sans m'arrêter aux nombreux symptômes qui peuvent différencier ces deux espèces de néoplasmes, je crois que l'erreur ne saurait être de longue durée à la suite d'un examen soigneusement pratiqué.

Les végétations adénoïdes, en effet, sont de constatation facile et ne sauraient guère être confondues qu'avec les polypes des arrière-fosses nasales ; en pareil cas, comme il importe de pratiquer l'ablation des végétations, on pourra débuter par là et s'il y a des polypes masqués par leur présence, ils seront ainsi mis à découvert et plus faciles à reconnaître.

G) *Polypes naso-pharyngiens.*— Ces néoplasmes sont l'apanage exclusif de l'enfance et de l'adolescence ; lorsqu'ils ont des prolongements du côté du nez, ils ne sont pas sans déterminer un certain embarras relativement au diagnostic. Nous avons pu voir que Duménil avait, à ce

(1) Le Dentu. Les pseudo-polypes des fosses nasales. (*Tribune médicale*, 5 mars 1891.)

propos, commis une erreur et qu'il avait fait subir à un petit malade une grande opération pour en arriver à l'ablation d'un simple polype muqueux. Il importera donc, avant toute intervention, d'établir soigneusement le diagnostic, et à cet effet, on aura recours à tous les moyens susceptibles de fixer la certitude. Il faudra s'enquérir des antécédents du malade, de la marche du néoplasme et des phénomènes qui l'ont accompagné : épistaxis, somnolence, etc. ; on explorera minutieusement la tumeur avec le stylet, on tâchera de se rendre compte de son point d'implantation, de sa mobilité, de sa dureté. On tiendra compte de sa couleur. Sous l'action de la cocaïne, quoique peu sensible, les polypes muqueux éprouveront un certain degré de rétraction qu'on n'observera pas dans les cas de polypes naso-pharyngiens. Enfin, pour lever les doutes d'une façon définitive et pour s'éviter une intervention inutile et parfois même dangereuse, on pourra détacher avec la pince emporte-pièce un morceau de la tumeur dont on pratiquera l'examen histologique.

A côté des polypes fibreux de la cavité naso-pharyngienne, on peut trouver des polypes fibro-muqueux qui sont relativement assez fréquents ; je ne crois pas devoir insister sur le diagnostic différentiel, car ils donnent lieu au même genre d'intervention que les simples polypes muqueux.

D'autres causes d'erreur, à la vérité bien moins fréquentes, peuvent encore se rencontrer. Ainsi, parfois il arrive qu'à la suite de brûlures, de traumatismes divers, etc., des adhérences se forment entre la cloison et certaines parties de la paroi externe des fosses nasales ; il suffira alors d'un examen attentif pour être exactement fixé.

On a dit encore que la muqueuse qui tapisse les cellules ethmoïdales subissait, dans quelques cas, une distension plus ou moins prononcée qui présentait des analogies avec les polypes muqueux des fosses nasales. Cruveilhier a signalé également un exemple curieux de hernie de la dure-mère et du cerveau qu'il découvrit à l'autopsie. Mais ces faits constituent déjà de très rares exceptions et c'est pourquoi il me paraît tout à fait superflu d'y insister, surtout dans ce travail où je ne m'occupe que des enfants.

VIII

Anatomie pathologique. — La structure des polypes muqueux est aujourd'hui trop connue pour que je cherche à en donner ici une description. Je prie le lecteur de vouloir bien se reporter aux observations contenues dans ce travail ; il y trouvera certains détails capables de lui remettre en mémoire cette structure particulière.

Je rappellerai simplement que la conception de Billroth qui faisait des polypes muqueux, des néoplasmes à structure comparable à celle des adénomes, et que l'opinion de Mackenzie qui assimilait leur tissu au tissu conjonctif embryonnaire, ont été combattues et réfutées par Hopmann. Cet auteur, en effet, regarde comme des fibromes œdémateux les polypes muqueux des fosses nasales ; dans leur charpente formée de tissu conjonctif aréolaire, on ne trouvera pas, dit-il, les glandes de nouvelle formation qu'a décrites Billroth. Des travées assez épaisses de tissu conjonctif se détachent des trabécules qui, en se ramifiant, forment un réseau très fin dont les mailles sont remplies de cellules rondes en suspension dans un sérum albumineux. La présence de cette quantité assez grande de liquide doit être considérée comme une conséquence de troubles circulatoires dans les vaisseaux veineux. A la chaleur, le sérum se coagule comme du blanc d'œuf.

IX

Marche. Durée. Terminaison.— Les polypes muqueux des fosses nasales ont une marche lente aussi bien chez les enfants que chez les adultes ; mais ils subissent un accroissement continu et progressif. D'abord uniques et peu développés, sous l'influence des causes que nous avons fait connaître au chapitre de l'étiologie, ils augmentent peu à peu de volume, se pédiculisent et peuvent arriver à déterminer la sténose complète de la fosse nasale dans laquelle ils ont pris naissance. Fréquemment aussi, comme nous l'a appris une statistique précédente, par leur multiplicité, les néoplasmes envahissent totalement

le nez et alors, s'ils sont bilatéraux, ce qui s'observe dans la moitié des cas, la respiration nasale est tout à fait impossible. Sous l'influence de l'accroissement des néoplasmes, le nez peut être déjeté de côté et on voit les polypes venir ultérieurement faire saillie dans les narines.

On n'a aucune donnée sur la rapidité du développement des polypes. Leur accroissement, dans certains cas, paraît tout à fait rapide ; d'autres fois, au contraire, ils semblent se développer avec une extrême lenteur.

Quand ils sont uniques et longuement pédiculés sous l'influence des efforts faits pour se moucher ou sous l'action de tout autre cause, le pédicule peut se rompre et les polypes sont alors expulsés spontanément.

On a cité des cas (Zuckerkandl) dans lesquels le néoplasme s'était creusé de cavités kystiques. La transformation des polypes muqueux en tumeurs malignes reste encore purement hypothétique.

X

Complications.— Déjà, au chapitre de la symptomatologie, j'ai laissé entrevoir quelques-unes des fâcheuses manifestations que pouvait provoquer la présence des polypes du nez chez les enfants. Je vais revenir plus en détail sur cette question pour bien faire comprendre tout l'intérêt qui s'y rattache.

Si nous ne considérons d'abord que les nouveau-nés, la gêne respiratoire déterminée par les polypes pourra avoir chez eux les conséquences les plus néfastes, puisque l'impossibilité où ils se trouvent de prendre le sein, sera une cause de dépérissement par insuffisance d'alimentation et finalement, ils pourront tomber dans un état d'athrepsie qui se terminera par la mort. En outre, ils sont exposés à des accès de suffocation qui parfois peuvent inspirer de sérieuses inquiétudes dans les cas où survient de la cyanose de la face et des extrémités.

Dans un âge plus avancé, les phénomènes que nous venons d'énumérer atteindront rarement la même intensité, mais encore, ils ne laisseront pas que d'être très accusés surtout si concomitamment avec les polypes du

nez, se rencontrent des végétations adénoïdes avec hypertrophie des amygdales. On verra alors les enfants obligés de respirer la bouche ouverte, atteints fréquemment d'angines et parfois même de bronchites à répétition que l'on attribuera faussement à d'autres influences.

Localement, les polypes du nez peuvent se compliquer de déviations, soit de la cloison, soit des parois latérales des fosses nasales. Mais avant d'en arriver à ce degré, les néoplasmes ont en général occasionné nombre d'autres troubles. Ainsi : les troubles oculaires, dont la cause première doit être recherchée dans la compression du canal nasal, à son ouverture dans le méat inférieur. Les polypes des arrière-fosses, peuvent se prolonger assez loin en arrière pour venir directement obturer l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache ; il en résulte alors un catarrhe tubaire avec toutes ses conséquences.

L'occlusion directe des orifices des différents sinus qui viennent s'ouvrir dans les fosses nasales peut provoquer ultérieurement une dilatation de ces cavités par rétention du mucus qu'elles sécrètent à l'état normal. Comme, d'autre part, après un long séjour, ce mucus est susceptible de subir des altérations variées, s'il tourne à la purulence, on aura une complication nouvelle, particulièrement grave dans les cas d'empyème des sinus frontaux, car chez les enfants, ces collections purulentes pourraient facilement provoquer de la méningite.

Comme les polypes prennent leur insertion au niveau de la portion supérieure des fosses nasales dès qu'ils acquièrent un certain volume, ils occasionnent l'obstruction de la fente olfactive et, consécutivement, la perte soit partielle, soit totale de l'odorat.

A noter également parmi les complications possibles des polypes du nez chez les enfants, les troubles réflexes tels que : laryngites, bronchites, asthme, etc., qui peuvent constituer des affections secondaires à ce point importantes, qu'elles masquent parfois l'affection principale.

Enfin, l'ablation des polypes peut déterminer encore d'autres complications dues à une intervention malheureuse ; je veux parler des cas où, par des procédés brutaux, on aurait violemment arraché la muqueuse et ainsi

mis à nu de grandes surfaces osseuses. Quelquefois même, les cornets ayant été brisés, ces traumatismes sont devenus l'occasion de rhinites purulentes fort longues à guérir.

XI

PRONOSTIC. — Ce serait une erreur ou tout au moins une grosse exagération que de considérer comme grave le pronostic des polypes muqueux des fosses nasales. Ces néoplasmes, en effet, ne sauraient guère inspirer d'inquiétude que chez les enfants en très bas âge ; cependant, devant l'intensité des symptômes, on serait vite porté à examiner les fosses nasales et, la cause étant reconnue, en la supprimant, on ferait du même coup disparaître les effets.

En général, le pronostic des polypes muqueux du nez est donc absolument bénin, et cette bénignité il la doit à la facilité grande où l'on se trouve, avec un peu d'attention, de reconnaître les polypes et aussi à la facilité non moins grande que l'on éprouve à en débarrasser les petits malades.

Ce qui pourrait assombrir le pronostic, ce sont les complications auxquelles nous avons fait tout à l'heure allusion et aussi la possibilité des récidives ; mais comme on est en général en mesure de parer aux unes et aux autres, il n'existe, en somme, pas de raison sérieuse de s'alarmer.

XII

TRAITEMENT. — Comme le traitement des polypes muqueux du nez chez l'enfant est sensiblement analogue à celui des néoplasmes de même genre, chez l'adulte, je me crois autorisé à indiquer, pour le premier, les divers moyens qui ont été proposés chez ce dernier, afin de débarrasser les fosses nasales des tumeurs dont j'ai entrepris l'étude.

A) **Traitement prophylactique** — Chez les enfants en très bas âge, on ne saurait guère, à la vérité, instituer de traitement prophylactique. Cependant chez les

nouveau-nés, l'alimentation étant à peu près impossible à cause de l'obstacle à la respiration, on devra, dans tous les cas où, pour des raisons particulières, l'opération sera remise à une date ultérieure, assurer provisoirement l'allaitement en réduisant le volume du polype et en élargissant, momentanément, les dimensions des fosses nasales. J'ai déjà assez insisté précédemment sur l'action locale et sur les propriétés constrictives de la cocaïne, pour n'avoir pas à y revenir ici.

S'agit-il d'enfants plus âgés et atteints de catarrhe continuel des fosses nasales, comme le sont souvent les strumeux, les hérédo-syphilitiques, etc., il conviendra de combattre d'abord, par les moyens appropriés, leur état diathésique et ensuite on aura soin d'agir localement. La première indication sera obtenue à l'aide du traitement général : toniques, reconstituants, bains salés, séjour à la campagne ou au bord de la mer et, mieux encore, une ou plusieurs saisons aux eaux de Salies-de-Béarn, dont les effets curatifs ont été mis hors de toute contestation dans un excellent travail de notre confrère, M. le Dr Lacoarret (1).

Quant au traitement local, il variera suivant la nature de l'affection à combattre. Les végétations adénoïdes gênant la circulation de retour seront enlevées par les procédés ordinaires ; on réduira le volume des amygdales hypertrophiées et celui des cornets par des cautérisations ignées. Les irrigations nasales seront d'un utile secours pour maintenir en bon état les parties et compléter la guérison ; si l'enfant est trop jeune pour les pratiquer lui-même, on se bornera à des lavages avec de l'eau salée, une solution boriquée ou tout autre solution antiseptique.

Michel fait allusion à deux cas d'expulsion spontanée des polypes des fosses nasales ; mais ce sont là de purs effets du hasard sur lesquels il ne convient pas de compter dans la pratique. Le véritable traitement des polypes du nez est celui dont nous allons maintenant nous occuper.

(1) Lacoarret. — Traitement du catarrhe chronique des fosses nasales. O. Doin, Paris, 1888.

B) **Traitement curatif.** — Ce traitement, le seul qui ait une efficacité véritable, comprend deux ordres de moyens : les uns médicaux, les autres chirurgicaux.

1° *Traitement médical.* — Les moyens médicaux, surtout en usage autrefois, ne paraissent guère avoir fourni de résultats satisfaisants ; je vais cependant, ne serait-ce qu'à titre de simple curiosité, en donner mention.

Il semblerait que, dans l'antiquité, Galien prescrivît, pour amener la destruction des polypes, de la poudre d'alun et du jus de grenade. Les astringents les plus divers ont été préconisés soit en poudre, soit en solution. C'est ainsi qu'on a vanté successivement les qualités de l'antimoine, de l'acide sulfurique, de la teinture safranée d'opium (Primus), du tannin (Bryant), du nitrate d'argent (Nélaton). On a encore conseillé le perchlorure de fer en injections et en badigeonnages (Rederer, Beverley-Robinson, Maxwell), du chlorure de zinc (Erichsen). La résorption de la tumeur serait survenue consécutivement à l'inflammation déterminée par l'attouchement avec une solution saturée de bichromate de potasse (Frédéricq). Enfin, des résultats analogues auraient été obtenus par Donaldson qui appliquait sur le polype une pâte à l'acide chromique après avoir badigeonnné la muqueuse avoisinante avec une solution de plomb, afin de ne pas la blesser.

Mais il faut bien reconnaître que tous les agents dont nous venons, d'après M. Mackenzie, de donner l'énumération, ne fournissent que des résultats fort médiocres et parfois même absolument nuls. Ils peuvent amener provisoirement le ratatinement du polype et comme le malade en éprouve un certain bien-être, on est tenté de prendre pour de la guérison ce qui n'est qu'un soulagement passager ; cependant, bientôt l'illusion disparaît, les mêmes troubles survenant à nouveau. L'action des caustiques et des escharrotiques, si elle est plus efficace, est toujours à peu près aussi lente et c'est pourquoi il convient également de renoncer à ces agents.

Enfin, on a encore préconisé l'électrolyse, mais ce procédé douloureux exige en outre beaucoup trop de temps pour qu'on puisse y recourir dans la pratique courante.

En somme, on peut dire que les procédés médicaux sont très peu recommandables, et je crois même qu'ils doivent être totalement abandonnés, à moins qu'on ait affaire à des malades trop pusillanimes, refusant absolument de se soumettre au traitement chirurgical dont je vais maintenant parler.

2° *Traitement chirurgical.* — Les procédés chirurgicaux ont un double avantage ; ils sont en effet à la fois et plus prompts et plus radicaux. Pour ces raisons, ils se recommandent chez l'adulte ; mais ils doivent être surtout mis en pratique chez les enfants dont l'indocilité et l'appréhension parfois très vive nécessitent une intervention aussi rapide et aussi complète que possible.

Déjà aux observations, nous avons vu que dans une circonstance, Hopmann avait écrasé le polype avec le doigt, par une compression énergique sur la cloison. Morand, Salvator et le prof. Gross, recommandaient pour détacher les polypes d'introduire un doigt par la partie antérieure de la fosse nasale, tandis qu'un doigt de l'autre main était porté du même côté, dans l'arrière-fosse ; ils imprimaient alors à la tumeur des mouvements en sens inverse et peu à peu arrivaient à rompre le pédicule. Ce procédé est assez peu pratique et dans tous les cas ne saurait être conseillé pour les polypes muqueux insérés à la partie supérieure des fosses nasales, ni pour ceux qui ont un large et solide pédicule.

L'arrachement avec une éponge, à nouveau conseillé de nos jours, avait été déjà préconisé par Hippocrate. C'est Mac Ruer et Voltolini qui l'ont récemment remis en honneur et nous avons signalé une observation de M. Edgard Kurz, où cet auteur y avait eu recours. Ce procédé consiste à attacher à distances sensiblement égales, le long d'un fil, un certain nombre de petites éponges proportionnées aux dimensions des fosses nasales ; on fait ensuite pénétrer le fil d'arrière en avant, et on l'attire à soi par la partie antérieure, en développant un certain effort. On détermine de la sorte une espèce de ramonage du nez qui entraîne les polypes après rupture de leur pédicule. Si cela suffit, on ne fait passer qu'une

seule éponge et on enlève les autres en tirant sur l'extrémité du fil laissée dans la bouche. Dans le cas d'hémorrhagie, on se bornera à laisser en place une éponge pour avoir un tamponnement immédiat. Bien qu'on puisse atténuer sensiblement la douleur par des applications de cocaïne, ce procédé me semble cependant quelque peu brutal et c'est pourquoi je ne crois pas qu'il convienne d'en généraliser l'emploi.

L'un des procédés les plus usités dans la pratique courante, est l'arrachement avec les pinces. Il consiste à saisir le néoplasme dans les mors d'une pince et à rompre son pédicule par des tractions plus ou moins brusques. Ce moyen paraît d'une simplicité si grande qu'on ne saurait résister à la tentation d'y recourir. On agit ici de la même façon que pour les corps étrangers de l'oreille que tout le monde croit si faciles à enlever avec des pinces ; mais beaucoup, après expérience, hélas ! s'aperçoivent qu'ils n'avaient eu que des illusions. Quoi qu'il en soit, grâce aux pinces, on s'étonne de voir encore certains médecins faire de l'extraction des polypes muqueux du nez, une sorte de mystère. Le professeur Albert (de Vienne) a cru même, dans un ouvrage paru en 1881, devoir défendre la méthode d'arrachement par les pinces. « Dans ces dernières années, dit cet auteur, l'opération à l'aide des pinces, a été condamnée comme brutale, douloureuse et inefficace. Il en est ainsi, sans doute, quand elle est faite d'une façon brutale par une main grossière et inhabile ; mais le chirurgien prudent ne pénètre pas au hasard et en aveugle dans la cavité nasale. Au contraire, après avoir donné à son malade une position convenable, il fait usage d'un spéculum nasal, et, après avoir choisi avec soin des pinces en rapport avec la grandeur et avec la situation du polype, *il le saisit par le pédicule* et l'enlève avec douceur à l'aide de petits mouvements rotatoires. » Et enfin, comme il faut bien montrer le bout de l'oreille et ne pas laisser ignorer à qui on s'adresse en particulier, le même auteur ajoute : « L'hostilité des spécialistes pour cette méthode ancienne et universellement pratiquée, provient du désir, *facile à comprendre*, de spécialiser cette opération chirurgicale. »

M. Morell Mackenzie, qui rapporte, dans son traité, ce passage de l'auteur allemand, dit que peut-être l'hostilité de certains chirurgiens pour de nouvelles et excellentes méthodes de traitement, qu'ils sont incapables d'employer d'une façon parfaite, est tout aussi facile à comprendre. Mais avec lui, nous reconnaîtrons que de tels arguments doivent être mis de côté dans une discussion scientifique et, nous nous bornerons à dire que très probablement M. Albert, et beaucoup de ceux qui l'imitent, s'ils étaient eux-mêmes porteurs de polypes du nez, ou s'ils avaient l'un des leurs atteint de cette affection, hésiteraient à laisser introduire dans les fosses nasales, des pinces, même par quelqu'un qui ne serait pas spécialiste et qui userait de la *méthode universellement pratiquée.*

L'arrachement des polypes du nez avec les pinces, semble de nos jours, devoir être de plus en plus abandonné par ceux qui ont une pratique courante de ce genre d'opération. Cependant, on voit encore certains médecins — et parmi eux on s'étonnera d'y rencontrer M. Morell Mackenzie lui-même — recommander d'y avoir recours dans quelques cas. Il est vrai que le praticien anglais défend l'arrachement d'une façon assez molle. « Cette opération, dit-il, doit occuper une position intermédiaire ; elle ne mérite pas le souverain mépris dans lequel la tiennent les spécialistes, ni les éloges pompeux des chirurgiens ordinaires. » Encore un peu, et cet auteur renoncera tout à fait à ce qui pourrait bien n'être qu'une vieille habitude.

Contre l'emploi des pinces, on a soulevé de nombreuses objections ; en effet, elles masquent le champ opératoire et dans les cas d'étroitesse quelque peu prononcée des fosses nasales, elles deviennent d'un maniement peu aisé et quelquefois même impossible. Il est en outre rare, qu'avec la pince on puisse saisir isolément un polype au milieu des autres et, le saisît-on, que très fréquemment, on écraserait cette masse molle, dans l'impossibilité à peu près complète où l'on se trouve le plus souvent d'apercevoir le pédicule. Mais ce sont là les moindres inconvénients et à peine mériteraient-ils de nous arrêter s'ils représentaient à eux seuls tous les méfaits qu'on a pu

jeter sur le compte des pinces. Mais on s'est appuyé, pour en déconseiller l'usage, sur des considérations beaucoup plus graves et qui nous paraissent suffisamment dignes d'intérêt pour que nous n'hésitions pas à les signaler.

Dans son travail sur l'emploi de la galvanocaustie, Voltolini s'exprime ainsi : « Depuis quelques années, les pinces ont pris le pas sur tous les autres instruments, et comme *de graves lésions* des fosses nasales ont été le résultat de leur emploi, bon nombre de chirurgiens sont d'avis que l'ablation des polypes est une opération des plus brutales et des plus désagréables. Les pinces introduites à l'aventure, saisissent tout ce qu'elles rencontrent : tissus sains et malades, mous ou durs (cornets et cloison).... Dans les opérations avec les pinces, on doit parfois déployer une grande force et souvent même il faut tirer avec énergie pour arracher le polype.

Michel (de Cologne) dit que, maintenant, les pinces ne doivent plus être employées dans un seul cas. En effet, on doit les rejeter pour les raisons suivantes :

1° On opère au hasard parce que l'on ne voit pas ce que l'on fait; 2° les parois nasales ne sont pas lisses, et la muqueuse qui les recouvre est très riche en éléments nerveux et très sensible ; 3° de vives douleurs sont occasionnées par les tentatives qui souvent sont ou vaines ou malheureuses ; 4° enfin, avec la pince, l'ablation est incomplète, ce qui facilite les récidives.

Dans un travail très intéressant sur les accidents consécutifs à l'arrachement des polypes, Lemeré a noté deux ordres d'accidents : *a*) les uns immédiats, et *b*) les autres consécutifs. Au premier groupe, il rattache seulement les hémorrhagies qui peuvent être d'une gravité excessive. Dans le second groupe, il fait entrer : 1° l'oblitération du canal nasal (Péan) ; 2° les lésions de l'antre ou des sinus frontaux (Péan) ; 3° la blessure des veines ; 4° les lésions des os du nez et du crâne ; 5° une repullulation abondante et rapide.

Il est certain que d'abondantes hémorrhagies peuvent être observées après arrachement des polypes avec les pinces ; de même entre des mains maladroites ou peu habituées, et surtout quand on agissait à l'aveugle, les

pinces ont pu déterminer des luxations de la cloison, des déchirures ; dans une circonstance, M. Kirmisson rapporte qu'il a même vu un chirurgien arracher le cornet inférieur dans sa totalité.

Je ne veux que signaler la ligature des polypes qui très souvent est impossible et la section avec des ciseaux qui n'est efficace qu'autant qu'elle porte directement sur le pédicule. Ces deux moyens, en effet, sont très rarement mis en pratique et je ne crois pas qu'il convienne de s'y arrêter plus longuement.

Anse froide. — Le véritable traitement des polypes du nez consiste dans l'ablation de ces néoplasmes avec l'anse froide. C'est le moyen auquel ont recours la généralité des praticiens qui ont l'habitude courante de ces sortes d'opérations. Ce n'est pas ici le lieu de m'étendre longuement sur le procédé opératoire que comporte ce mode d'intervention ; tout ce que je puis dire, c'est que, pour agir en connaissance de cause, il convient d'observer certains détails qui ont une grande importance.

Ainsi, en premier lieu, il faudra éclairer convenablement l'intérieur des fosses nasales et, à cet effet, on devra se munir d'un spéculum du nez et projeter la lumière soit naturelle, soit artificielle à l'intérieur des fosses nasales au moyen d'un miroir frontal. S'il s'agit de polypes situés tout à fait à l'orifice du nez, il sera facile de les apercevoir ; pour les tumeurs implantées plus profondément, il faudra écarter suffisamment les ailes du nez ; on y arrive en général au moyen du spéculum. Michel a conseillé, dans certains cas exceptionnels, l'emploi d'une pince élastique coudée à mors élargis, que l'on introduit fermée dans le nez entre le cornet et la cloison et qui, abandonnée à sa propre élasticité, dilate les fosses nasales et rend visible le méat supérieur lui-même. Grâce à la longueur des mors, la pression est supportable ; la minceur des branches favorise d'autre part l'éclairage et la longueur de la courbure permet au malade de la tenir sans gêner l'opérateur.

Les fosses nasales étant ainsi convenablement dilatées et l'éclairage suffisant, à l'aide d'un stylet ou d'une

sonde mousses, on cherche à se rendre compte du point d'implantation du polype ; cette constatation est loin d'être toujours facile, surtout quand il s'agit de néoplasmes multiples ou de tumeurs implantées dans la portion postérieure des fosses nasales. On y arrivera plus aisément par des applications locales d'une solution de cocaïne à 20 0/0, qui aura pour résultat de déterminer l'anesthésie de la muqueuse et de faire contracter les vaisseaux, ce qui évitera l'hémorrhagie au moment de l'intervention.

Opération. — Quant à l'opération elle-même, — les choses étant ainsi disposées et les fosses nasales bien nettoyées à l'aide d'une solution antiseptique, — elle sera faite en employant l'un des nombreux serre-nœuds en usage, armé soit d'un fil de fer, soit d'un fil d'acier recuits. Le choix du fil est loin d'être indifférent, car celui-ci doit être assez simple et assez résistant, autrement il pourrait se rompre à chaque instant, ce qui nécessiterait plusieurs reprises et serait à la fois désagréable pour le patient et l'opérateur. Le fil qui me paraît être le meilleur et celui dont je me sers ordinairement n'est autre que de la corde de piano très fine qui n'a pas l'inconvénient de se recroqueviller dans la fosse nasale et qui, à un certain degré de résistance, joint une souplesse convenable.

L'anse froide est introduite aussi large que possible dans la fosse nasale soit parallèlement à la cloison, soit parallèlement au plancher, c'est-à-dire ou verticale ou horizontale ; on la porte au-dessous du polype à extraire et par de petits mouvements d'élévation, on *charge le polype*, autrement dit, on cherche à remonter jusqu'à son point d'implantation.

En suivant de l'œil l'extrémité du serre-nœuds, on s'aperçoit bientôt qu'elle est au-dessus de la masse du polype ; il suffit alors de fermer l'anse complètement pour opérer la section du pédicule. Quand on se trouve en présence d'un seul polype longuement pédiculé, l'extraction en est, en général, très facile ; l'obstacle devient plus grand quand il y a plusieurs polypes ou quand ils sont presque sessiles. Il faut alors un peu plus de patience et d'adresse, et on arrivera aux mêmes résultats.

Dans les cas de polypes multiples et bilatéraux, on s'est demandé s'il convenait de débarrasser entièrement les fosses nasales dans une même séance ; on s'accorde communément à dire qu'il vaut mieux pratiquer deux ou trois séances, car, dans le cas contraire, on s'exposerait à faire de la besogne malpropre. L'intervalle entre chaque séance, variera de trois ou quatre jours à une semaine ou même quinze jours ; pendant tout ce temps, il faut maintenir les fosses nasales dans le plus grand état de propreté, soit par des irrigations, soit par des pulvérisations antiseptiques.

On a conseillé, dans certains cas, d'attirer en avant les polypes au moyen de petites pinces à dents de souris ; mais ce moyen nous paraît très peu recommandable, car : ou bien les fosses nasales sont suffisamment larges et alors il est permis de manœuvrer à l'aise, ou bien elles sont trop étroites et la pince vient encore diminuer l'étendue du champ opératoire.

Galvanocaustie. — Cette méthode d'extraction des polypes du nez inventée par Middeldorpf, a trouvé dans Voltolini, V. Bruns, Michel, Walston, des partisans tellement convaincus de son efficacité, qu'ils n'hésitent pas à la préconiser à l'exclusion de tout autre. Elle consiste à remplacer l'anse froide par une anse métallique de fer ou de platine portée au rouge.

La galvanocaustie, disent les auteurs qui la préconisent, dans une main exercée, devient une opération indolore, exsangue et en même temps fort jolie ; grâce à elle, en effet, on opère vite, sans danger d'hémorrhagie, et du même coup on cautérise le pédicule.

Mais ensuite viennent les détracteurs ; ceux-ci prétendent que l'anse galvanique exige beaucoup d'adresse pour être mise en place, et puis, une fois en position, ils pensent qu'il vaut mieux détacher simplement le polype que de faire passer un courant, car le feu vient ajouter à l'opération un élément toujours désagréable et souvent dangereux : l'inflammation consécutive qui peut provoquer une réaction plus ou moins vive, puisqu'on aurait (Daly) plusieurs fois observé de l'otite suppurée avec menaces de mastoïdite.

Nous verrons plus loin, en discutant la valeur des divers procédés, ce qu'il peut y avoir de fondé aussi bien dans les avantages que l'on attribue à la galvanocaustie, que dans les reproches qui lui sont adressés.

Jusqu'ici, je n'ai eu en vue que les polypes qu'il est possible d'atteindre facilement, que cette facilité dépende du reste ou bien de leur situation à la partie antérieure du nez, ou bien des dimensions assez spacieuses des fosses nasales. Mais il ne faudrait pas croire qu'on puisse toujours agir avec une aisance aussi grande. Dans certains cas, en effet, les polypes sont implantés, comme nous avons eu l'occasion de le remarquer, tout à fait à la partie postérieure des fosses nasales, au niveau des choanes ; c'est déjà là une première difficulté ; elle sera encore augmentée, si les fosses nasales sont trop étroites pour permettre une exploration convenable par la rhinoscopie antérieure.

Au chapitre du diagnostic, j'ai indiqué un moyen qui me paraît excellent pour constater la présence des néoplasmes des arrière-fosses nasales ; quand on sera bien convaincu de l'existence d'un polype à ce niveau, on pourra en pratiquer l'extirpation soit par la partie antérieure, soit par la partie postérieure. On a conseillé de glisser l'anse, le long du plancher, jusque dans le pharynx et on a recommandé de porter alors le doigt en arrière du voile du palais de façon à saisir l'anse que l'on place autour du polype. Celui-ci, étant ainsi embrassé, il suffirait d'une simple traction sur le pédicule pour en opérer la section. On a dit encore qu'il était quelquefois possible, dans le cas où le polype faisait en arrière une forte saillie, de le saisir avec des pinces et d'en pratiquer l'écrasement ou même l'ablation complète.

Tous ces conseils sont assurément excellents, mais il y a loin de la théorie à la pratique et c'est ce dont je viens d'avoir l'occasion récente de me convaincre. J'ai parlé antérieurement d'une dame qui est venue dans mon cabinet me prier de la débarrasser de polypes des arrière-fosses nasales, j'ai dit combien était difficile la rhinoscopie antérieure à cause de l'étroitesse des fosses nasales ; or, la difficulté s'accrut encore quand je voulus essayer de procéder à l'extirpation des polypes.

Les embarras suscités par ce fait particulier m'ont conduit à l'emploi de moyens dont je me suis trop bien trouvé pour que, le cas échéant, je n'hésite pas à y recourir à nouveau et à les recommander à l'attention de ceux de mes confrères qui pourraient avoir à opérer des malades du même genre.

Tout d'abord, et malgré l'anesthésie par la cocaïne, je constatai que ma malade éprouvait une vive douleur à chaque tentative faite pour porter dans le pharynx l'anse froide ; la raison en était que la tige du polypotome, pourtant assez mince, ne pouvait être introduite qu'en déterminant un certain degré de frottement. Ensuite, l'anse étant dans le naso-pharynx, c'était en vain que, la tournant dans tous les sens, j'essayai de saisir la masse néoplasique ; jamais il ne me fut possible d'y parvenir. C'est alors que j'imaginai de me servir d'un tube de caoutchouc (1) et voici de quelle façon je m'y pris.

Par l'une des fosses nasales, en suivant le plancher, j'introduisis d'avant en arrière jusque dans le naso-pharynx, une bougie uréthrale flexible, n° 12 de la filière Charrière ; quand son extrémité la plus fine apparut derrière le voile du palais, je l'attirai en avant avec des pinces, et je la coiffai du tube en caoutchouc qui, étant d'un diamètre un peu plus petit, resta fixé, par sa seule élasticité, sans avoir besoin d'être attaché. En retirant simplement ma sonde du nez, j'attirai du même coup en avant une des extrémités du caoutchouc, tandis que l'autre ressortait par la bouche ; il ne me restait plus qu'à lier ensemble, au-devant de la lèvre supérieure, les deux bouts du tube pour exercer sur le voile du palais une traction constante et le maintenir écarté de la paroi postérieure du pharynx. Comme le champ opératoire ne me paraissait pas suffisamment étendu, je procédai d'une façon analogue pour l'autre fosse nasale et j'obtins ainsi un espace plus grand pour la manœuvre des instruments.

La malade étant ainsi préparée, j'essayai tout d'abord, après anesthésie préalable, d'entourer le polype avec l'anse conduite dans le naso-pharynx et, à cet effet, j'in-

(1) Certains auteurs ont déjà employé un procédé analogue pour l'ablation des végétations adénoïdes.

troduisis, suivant le précepte des auteurs, l'index de la main droite derrière le voile du palais. Bien qu'elle fût d'une patience tout à fait remarquable, la malade fut si vivement incommodée de ce procédé que je dus bien vite y renoncer, avant, du reste, d'avoir obtenu le moindre résultat.

Je commençais à éprouver un réel ennui quand il me vint à l'esprit d'essayer d'enlever les polypes par la voie buccale et au moyen de l'anse froide. A cet effet, je fis construire un tube de polypotome ordinaire dont l'extrémité, sur mes indications, fut recourbée de façon à lui donner à peu près la forme d'une demi-circonférence, les deux yeux du tube étant superposés l'un à l'autre pour que l'anse se présentât dans la fosse nasale en situation verticale.

Le naso-pharynx et aussi les arrière-fosses nasales furent très soigneusement badigeonnés avec une solution de cocaïne pour supprimer, autant que possible, les réflexes de toutes sortes. Alors, avec le concours de mon dévoué chef de clinique, M. G. Darzens, qui maintenait la langue abaissée, je cherchai, pendant que de la main gauche je tenais le miroir pour m'éclairer, à saisir le polype avec l'anse tenue dans la main droite ; dès la seconde tentative, je pus facilement enserrer le néoplasme. J'étais tout heureux de ce résultat, car je voyais déjà le polype détaché quand la désillusion ne se fit pas attendre. Comme j'essayais en effet de sectionner le pédicule, je reconnus bien vite que la résistance éprouvée était considérable ; je pensais néanmoins qu'avec quelques efforts je pourrais vaincre l'obstacle, mais je fus tout surpris de voir qu'il n'en était rien et qu'au contraire, la courbure donnée à la tige du polypotome tendait à se redresser. Je crus inutile d'insister davantage, d'autant que ma malade était très incommodée et paraissait souffrir réellement. Je dévissai alors le manche de l'instrument et cherchai à faire glisser sur les fils, la tige qui, ayant été faussée par suite des efforts, demeurait complètement immobile. Dans ces conditions, il ne me restait plus qu'à extraire les fils de n'importe quelle façon, et alors ayant fait solidement fixer la tige par M. Darzens,

je tirai, au moyen d'une pince, très fortement, sur chacun des fils ; le premier se rompit net dans le tube ; au contraire, en tirant sur le second, j'eus la joie de voir le tube venir à moi, et comme je constatai que l'anse n'était pas rompue, j'en conclus que la tumeur était sectionnée : en effet, au même instant, la malade rejetait un débris, de la grosseur d'une cerise environ, qui n'était autre chose que le polype lui-même, complètement étranglé et détaché de son insertion, comme me le révéla l'examen rhinoscopique pratiqué aussitôt.

Dans la choane du côté opposé, j'avais précédemment, au moyen du galvano-cautère, cautérisé à plat, et par la voie buccale également, la masse polypoïde qui obstruait en arrière la fosse nasale. Il persistait encore une petite masse de cette tumeur; peu satisfait du résultat obtenu avec l'anse froide, je fis construire, sur le même principe, une anse galvanique ; mais quand je voulus m'en servir, je ne pus réussir à saisir la tumeur trop petite ; aussi, de ce côté, j'ai continué les cautérisations galvaniques à plat pour obtenir la guérison complète.

Je tiens, en passant, à faire ici une petite remarque : au début des premières séances, pour obtenir l'anesthésie, j'appliquai sur la muqueuse du naso-pharynx et des arrière-fosses nasales des *badigeonnages* à la cocaïne. Or, je constatai que ces badigeonnages déterminaient constamment un certain degré de douleur et qu'en outre, de cette sorte, l'insensibilité était chaque fois longue à obtenir ; de plus, cette dernière n'était jamais complète, car la cautérisation demeurait toujours pénible. Je pensai que tous ces inconvénients étaient dus à ce que plusieurs points de la muqueuse n'étaient pas touchés par la cocaïne et j'eus alors recours à des pulvérisations qui, diffusant beaucoup mieux le liquide, devaient procurer une anesthésie bien plus grande. A ce propos, je fis construire un pulvérisateur rétro-nasal, à embout recourbé, dont je me servis pour projeter la solution de cocaïne dans le naso-pharynx. Mon attente ne fut nullement trompée ; bien au contraire, après deux vaporisations, l'anesthésie était totale et je pouvais cautériser énergiquement, sans provoquer la moindre douleur. Je ne fus pas le seul à me

réjouir du procédé, la patiente elle-même m'en témoigna un contentement qui me suffit pour en préconiser l'emploi.

Si j'ai insisté avec autant de détails sur la façon dont je me suis comporté dans le cas auquel je viens de faire allusion, c'est qu'il m'a paru réellement instructif à cause des difficultés présentées, et aussi à cause des moyens que j'ai dû employer pour arriver à triompher de celles-ci. Je ne saurais donc trop recommander d'agir de la sorte quand on pourra se trouver en présence d'un cas analogue, et comme l'âge n'importe en rien, on comprend aisément que le procédé puisse être mis en usage aussi bien chez les enfants d'un certain âge que chez les adultes.

Il arrive parfois qu'on rencontre des polypes en nombre beaucoup plus grand qu'on ne l'avait au premier abord supposé ; c'est qu'en pareil cas, les néoplasmes les plus volumineux ayant été enlevés, d'autres plus petits sont mis à découvert et viennent faire saillie dans la fosse nasale. On agira à l'égard de ces derniers absolument comme pour les premiers.

M. Morell Mackenzie, pour obtenir une éradication plus complète, conseille, après Valsava, Fergusson et Pirogoff, non seulement de sectionner le pédicule des polypes, mais encore de détacher la muqueuse au niveau de son point d'implantation ; il va même plus loin, et n'hésite pas à recommander d'enlever un morceau d'os.

Lennox Browne adhère à cette manière de voir en admettant que souvent le périoste serait intéressé. Avec Bosworth, nous dirons que ces moyens nous paraissent tout au moins superflus, parce qu'en premier lieu, les polypes ne proviennent pas des os et ensuite parce que, comme nous le faisions remarquer plus haut, on peut très bien placer, le plus souvent, l'anse métallique à la base du pédicule.

Suites opératoires.—Les suites opératoires sont en général sans importance ; cependant, chez les enfants, la réaction étant beaucoup plus sensible, on peut observer un malaise général, la perte de l'appétit, un peu de fièvre avec rougeur de l'une ou des deux pommettes.

Michel recommande de ne pas oublier que certains polypes s'insèrent tout près de la lame criblée et d'autre part qu'immédiatement en arrière du cornet moyen se trouve le trou sphéno-palatin que traverse l'artère sphéno-palatine ; enfin, comme la veine ethmoïdale se jette dans la veine ophtalmique supérieure, elle a ainsi avec les sinus de la dure-mère des communications qu'il serait bon de se rappeler. Assurément ces conseils sont utiles, mais les accidents auxquels ils peuvent se rapporter sont heureusement trop rares pour qu'on ait à s'en préoccuper outre mesure.

Si l'on procède de la manière que nous avons indiquée, ce ne sera que tout à fait exceptionnellement qu'on se trouvera en présence d'hémorrhagies importantes. Cependant, s'il en survenait une, on en deviendrait facilement maître par le tamponnement des fosses nasales soigneusement fait ; dans certains cas même, des irrigations pratiquées avec de l'eau aussi chaude que possible peuvent suffire pour arrêter l'hémorrhagie.

Soins consécutifs.—J'ai déjà dit qu'après l'extirpation des polypes, il fallait maintenir les fosses nasales très propres ; de la sorte, en effet, on évitera les catarrhes purulents du nez, qui parfois peuvent même se propager à l'oreille et déterminer du côté de cet organe des troubles assez sérieux.

Certains auteurs, comme MM. Moure, Schech, Beverley-Robinson et avec eux, un grand nombre de praticiens, recommandent de cautériser le pédicule pour éviter les récidives. Bosworth croit que ce genre d'intervention est inutile, car il dit n'avoir jamais pu arriver à reconnaître le point d'implantation du pédicule ; alors, on s'exposerait à cautériser les tissus sains, ce qui serait absolument superflu ; il ajoute qu'en outre il est extrêmement rare de voir récidiver les tumeurs bien extirpées. Nous partageons absolument cette manière de voir, car, en toute sincérité, nous avouons n'avoir pu retrouver le point d'implantation, chaque fois que nous avons nettement détaché le pédicule d'un polype. Cependant, dans les cas où le néoplasme n'aurait pas été sectionné au

niveau de la muqueuse, on devrait cautériser ce qui reste soit avec des caustiques chimiques, soit, mieux encore, avec le galvano-cautère.

Dans tous les cas, il importera, pendant quelque temps : une ou deux années si possible, de revoir le petit malade pour se rendre compte que de nouveaux polypes ne se reproduisent pas et cela surtout, pour les malades qui auraient été précédemment opérés avec des pinces.

VALEUR COMPARATIVE DES DIVERS PROCÉDÉS DE TRAITEMENT.

Je ne voudrais pas donner ici au traitement des polypes du nez, une importance plus grande que celle qu'il convient de lui accorder en réalité. Je ne crois pas, en effet, qu'il vienne jamais à l'esprit de personne de faire rentrer dans la catégorie des grandes, et partant des graves opérations, l'ablation des polypes muqueux des fosses nasales, alors même qu'il s'agirait d'enfants. Ce que j'en veux dire, est bien plus pour éviter des mécomptes toujours désagréables, que pour parer à des dangers considérables.

J'estime que, d'une manière générale, il convient de rejeter l'emploi des pinces dont l'usage, du reste, tend peu à peu à disparaître. Avec ce genre d'instrument, en effet, on ne saurait exactement limiter son intervention, car on agit à l'aveugle, et on pourrait, chez les enfants, déterminer des délabrements toujours regrettables. Sans vouloir les proscrire d'une façon absolue et sans aller jusqu'à dire, comme on l'a prétendu, qu'elles ne doivent être réservées que pour les praticiens de campagne, qui sont insuffisamment outillés ou insuffisamment exercés, nous croyons que leur emploi doit être des plus restreints. C'est à peine, en effet, si nous conseillerons les pinces coupantes pour enlever les polypes qui viennent faire saillie à l'orifice du nez. Quant à ceux qui prétendent qu'on agit comme on peut, nous croyons pouvoir leur répondre qu'ici, comme dans beaucoup de cas, il vaut mieux s'abstenir que de mal faire, car rien n'oblige

ceux qui en sont incapables, à bien extraire des polypes du nez.

Les deux modes de traitement dont l'usage devient chaque jour de plus en plus répandu, sont : l'anse froide et l'anse galvanique. Si quelques-uns se refusent encore à les employer, c'est parce que n'ayant pas de ces instruments une pratique suffisante, ils craignent de ne pouvoir convenablement saisir les néoplasmes ou peut-être aussi, disons-le, de ne pas les saisir du tout, alors qu'avec les pinces et *quand on a la main suffisamment solide*, il est toujours possible de ramener quelque chose, ce qui, aux yeux des spectateurs, peut servir à masquer la maladresse de l'opérateur. Mais, comme nous ne saurions nous arrêter à ces raisons, véritablement trop puériles, nous n'en persisterons pas moins à recommander, dans tous les cas, de se servir, soit de l'anse froide, soit de l'anse galvanique.

Actuellement, l'anse froide compte de bien plus nombreux partisans que l'anse galvanique. Je me hâte de dire que dans la majorité des cas, elle répond aux besoins de la pratique courante ; cependant, il est bon de constater que parfois l'anse galvanique peut aussi rendre de réels services. Très certainement, on a exagéré de part et d'autre, et il ne convient pas, comme on a voulu le faire, de rejeter, de parti pris, l'un ou l'autre procédé.

En effet, si le plus souvent l'anse froide doit être préférée parce qu'elle est d'un maniement plus facile, plus transportable et aussi parce qu'elle n'est nullement soumise aux caprices d'une pile, et qu'enfin elle ne détermine pas de brulûres de voisinage, chose toujours ennuyeuse, l'emploi de l'anse galvanique a parfois aussi ses indications. Celle-ci sera véritablement utile non seulement pour sectionner les polypes fibreux, mais encore pour détacher les polypes fibro-muqueux, ou même véritablement muqueux. En pareil cas, le néoplasme peut avoir un pédicule gros et dur, rempli de vaisseaux assez volumineux qu'il sera préférable de traverser avec l'anse galvanique, car on arrivera plus facilement à désinsérer le polype et si l'on a soin de tenir l'anse au rouge sombre, on pourra, du même coup,

pratiquer l'hémostase. J'ai indiqué également un cas de ma pratique privée où les polypes situés dans les arrière-fosses n'avaient pu être enlevés que par la voie buccale. Or, comme dans cette circonstance, j'ai dû recourir à une tige de polypotome recourbée, il est certain qu'avec une anse galvanique je n'aurais pas eu à déployer les mêmes efforts qui ont amené le redressement de mon polypotome, ce qui n'a pas été sans me susciter un certain embarras.

On a discuté pour savoir à quel métal il valait mieux recourir pour la formation de l'anse ; les uns préfèrent le fer recuit, d'autres un fil d'acier, enfin il en est qui se servent exclusivement du platine. Je crois, pour mon compte, que ce dernier doit être complètement mis de côté et à cela, il y a une raison principale qui est la suivante : le platine est beaucoup trop malléable. En effet, si l'on éprouve quelque difficulté à introduire l'anse, celle-ci se recroqueville et, partant, on se trouve dans l'impossibilité de saisir le polype.

De plus, lorsque l'anse embrasse le pédicule du néoplasme, on peut tout d'abord essayer de le sectionner à froid et ne faire passer le courant que si l'on éprouve une difficulté véritablement insurmontable. Or, si l'on a recours au platine, celui-ci se rompra très vite, à moins de se servir d'un gros fil, ce qu'on ne fait pas à cause de sa grande résistance au courant. C'est pourquoi en tout état de cause, il me semble qu'on doit renoncer au fil de platine et, pour mon propre compte, j'emploie, comme pour l'anse froide, le fil d'acier qui répond à toutes les indications et que je recommande expressément.

Electrolyse. — Ce procédé compte si peu de partisans que je n'ai pas cru devoir le signaler dans le traitement. Il ne convient, en effet, nullement aux cas qui nous occupent et, d'une manière générale, il est beaucoup trop douloureux et exige beaucoup trop de temps.

Ce que j'ai déjà dit des moyens médicaux, me dispense d'entrer dans la discussion de leur valeur relative ; ils sont en effet, de nos jours, complètement tombés en désuétude.

RÉSUMÉ

Chez le nouveau-né, il semble, du moins, d'après mes recherches, qu'on n'ait jusqu'ici signalé que deux cas de polypes muqueux des fosses nasales. Les exemples deviennent plus fréquents à mesure que les enfants avancent en âge ; ainsi, j'ai pu en relever 3 cas de 0 à 5 ans — 10 cas de 5 à 10 ans, et — 16 cas de 10 à 15 ans.

Hopmann est le seul auteur qui, en s'appuyant sur des preuves démonstratives, admette la fréquence relative des polypes muqueux des fosses nasales dans l'enfance ; cependant, les statistiques des auteurs, et la mienne propre, tendraient à infirmer cette opinion. J'y suis du reste autorisé dans une certaine mesure, puisque, en fin de tout compte, je n'ai pu arriver à réunir que trente-une observations.

L'étiologie des polypes muqueux des fosses nasales chez l'enfant est tout aussi incertaine que pour l'adulte. Seules les inflammations chroniques de la pituitaire peuvent être rangées au nombre des causes vraisemblables ; quant au sexe, à l'hérédité, aux traumatismes, etc., leur action n'est aucunement démontrée.

Les symptômes occasionnés par la présence de polypes muqueux dans les fosses nasales des enfants sont de deux ordres : 1° les uns objectifs, 2° les autres subjectifs. Les premiers sont révélés par l'examen direct des parties ; aux autres, se rattachent les troubles respiratoires pouvant aller jusqu'à la suffocation, les troubles de la déglutition, les troubles vocaux, etc.

Chez l'enfant, les polypes muqueux ne sont pas toujours d'une constatation aisée ; pour les reconnaître, le meilleur moyen consiste à pratiquer la rhinoscopie antérieure ou la rhinoscopie postérieure. Celle-ci sera grandement facilitée en écartant le voile du palais, au moyen de fils de caoutchouc introduits dans les fosses nasales et attachés au-devant de la lèvre supérieure. Les polypes devront être distingués : 1° de l'hypertrophie des cornets ; 2° des déviations de la cloison ; 3° des corps étran-

gers des fosses nasales ; 4° des abcès de la cloison ; 5° des tumeurs malignes ; 6° des végétations adénoïdes et 7° des polypes naso-pharyngiens.

La marche des polypes du nez est lente, mais continue ; jamais ils ne disparaissent spontanément, à moins que, munis d'un pédicule mince, celui-ci ne se rompe sous l'influence de certains efforts. Parfois ils se creuseraient de cavités kystiques ; il reste à démontrer qu'ils puissent se transformer en tumeurs malignes.

Les polypes du nez sont d'un pronostic bénin, que seules les complications peuvent assombrir.

De tous les divers traitements dirigés contre ce genre de néoplasmes, il convient de ne retenir réellement que l'emploi de l'anse froide ou de l'anse galvanique. Le plus souvent, on aura recours à l'anse froide, mais dans certains cas assez nettement définis, on ne devra pas négliger de se servir de l'anse galvanique qui est véritablement avantageuse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1872. Mason. *Medic. Soc. Proceed.* London, 1872-74, vol. I, p. 156 et suivantes.

1873. Duménil. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, p. 335.

1876. Michel (Carl). *Die Krankheiten der Nasenhoele*, etc., p. 52.

1884. Semon (F.). Traduction allemande du Traité de Morell Mackenzie.

1884. Ingalls (Fletcher). *The Journal of the American medical Association*, v. III, p. 212.

1885. Robinson (Beverley). *Practical Treatise on nasal catarrh*, etc., p. 251.

1885. Krakauer. *Deutsche medic. Wochensch.*, p. 398.

1885. Hopmann. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, p. 234.

1887. Bond (J.-W.). *The British medic. Journ.*, 10 déc., p. 1278.

1889. Cardone (F.). *Bolletino delle malattie dell' Orecchio della gola e del naso*, p. 103.

1890. Heymann. *Deutsche mediz. Zeitung*, 23 juin, p. 563.

1890. Kurz (E.). *Wien. medic. Presse*, 2 novembre.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

A LA MÊME LIBRAIRIE

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.